

EDILAINE SAMARA PASCOAL DE OLIVEIRA

**A GENTE NÃO QUER SÓ COMER: UMA ABORDAGEM DE MARKETING SOCIAL
E O CONSUMO ALIMENTAR DE ADOLESCENTES.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, SOCIAIS E AGRÁRIAS. DEPARTAMENTO DE
CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS. CURSO DE ADMINISTRAÇÃO

BANANEIRAS – PB

2018

EDILAINE SAMARA PASCOAL DE OLIVEIRA

**A GENTE NÃO QUER SÓ COMER: UMA ABORDAGEM DE MARKETING SOCIAL
E O CONSUMO ALIMENTAR DE ADOLESCENTES.**

Monografia apresentada à
Coordenação do Curso de Graduação
em Administração da Universidade
Federal da Paraíba, em atendimento
às exigências para obtenção do grau
em Bacharel em Administração.

Orientadora: Prof. Stephanie Ingrid Souza Barboza, Dra.

BANANEIRAS – PB

2018

EDILAINE SAMARA PASCOAL DE OLIVEIRA

**A GENTE NÃO QUER SÓ COMER: UMA ABORDAGEM DE MARKETING SOCIAL
E O CONSUMO ALIMENTAR DE ADOLESCENTES.**

Monografia julgada e aprovada em ____/____/____.

Comissão Examinadora

Prof.^a Stephanie Ingrid Souza Barboza, Doutora.
Orientadora

Prof.^a Prof.^a Milene Félix de Almeida, Doutora.
Examinadora

Prof.^a Anderson da Trindade Marcelino, Doutor.
Examinador

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

O48g Oliveira, Edilaine Samara Pascoal de.

A gente não quer só comer: uma abordagem de marketing social e o consumo alimentar de adolescentes / Edilaine Samara Pascoal de Oliveira. - Bananeiras, 2018.
61 f.

Orientação: Stephanie Ingrid Souza Barboza.
Monografia (Graduação) - UFPB/CCHSA.

1. Marketing Social. 2. Alimentação saudável. 3. Adolescentes. I. Barboza, Stephanie Ingrid Souza. II. Título.

UFPB/CCHSA-BANANEIRAS

Dedico esse trabalho com todo meu
amor e carinho a minha mãe:

Maria Edileusa.

AGRADECIMENTOS

“Seja grato, justo e coerente”.

É chegada a hora de encerrar mais um ciclo, nesse momento passa um filme na cabeça de tudo o que se passou ao longo desses quase cinco anos, pessoas importantes marcaram nossas vidas, umas de forma muito positiva, outras nem tanto... Mas o que importa é o que conseguimos absorver de bom nesse percurso.

Agradeço ao meu Deus porque até aqui Ele me sustentou, me deu forças para superar todas as dificuldades que surgiram nesse tempo, e seguir em frente sem esmorecer, a ti minha gratidão.

Agradeço a minha base familiar, meu pai: Edinaldo Pascoal, meus irmãos: Seile, Robson e Clara, meus sobrinhos lindos: Isabela e Alonso (tia ama vocês) de um jeitinho todo especial, vocês me ajudaram a chegar até aqui, aceitaram enfrentar comigo mais esse desafio, e sem a presença de cada um de vocês eu não teria conseguido, é de coração grato e leve que vos digo: essa conquista também é de vocês!

A minha mãe Edileusa, exemplo de mulher, mãe, guerreira, que sempre abdicou de tudo pela família, depositou em nós (filhos) todo seu amor e dedicação ao longo de nossas vidas, sempre esteve presente e fez questão de estar, nunca, em momento algum permitiu que eu desistisse de ir atrás dos meus sonhos. A você mainha, minha eterna gratidão, sou fruto de tudo o que me ensinastes, e vou sempre levar comigo teus ensinamentos, agora você tem uma filha formada.

A meu avô materno José Antônio de Oliveira (que carinhosamente o chamo de pai) muita gratidão, por nunca questionar minhas mudanças e/ou decisões mesmo sendo difícil entender muita coisa desse mundo tão diferente da sua época, você sempre me incentivou, pois entendia que era o melhor pra mim, sem dúvidas essa conquista também é sua.

A Meu avô paterno Francisco Pascoal de Oliveira (*in memorian*), que me incentivou a estudar, e a nunca desistir do que eu realmente queria, Agradeço

imensamente todos os ensinamentos, para mim você sempre será meu maior exemplo de fortaleza, sem dúvida alguma, a minha melhor e doce lembrança. Eu consegui vô, obrigada por tudo!

Aos meus familiares, de maneira particular tia Vera e tio João, que me acolheram como filha e me apoiaram demais nessa trajetória.

Aos amigos de caminhada, que estiveram sempre por perto tornado mais leve o caminho, em especial as lindas: Thaynara e Thaína. Agradeço também as minhas bolinhas de ouro: Tibério, Niedson, Luiz Fernando, Roberta Marrie, Josimário, Joseane, Vanderléia, Juciara, Veri, Rayanderon, e todos os outros (muitos) que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, quando lembro da caminhada fica ainda mais evidente: faria tudo outra vez. A todos vocês, minha gratidão!

Agradeço a todos os professores do campus que contribuíram para minha formação acadêmica e a minha segunda casa UFPB Campus III – Bananeiras/PB.

Agradeço a minha banca, aos professores Milene e Anderson, pelas contribuições ao meu trabalho.

Agradeço aos secretários de Saúde e aos nutricionistas que se disponibilizaram a participar das entrevistas, contribuindo para a realização desta pesquisa. Meu muito obrigada.

A minha orientadora Dr.^a Stephanie Ingrid Souza Barboza, uma mulher de força e de muita garra, a qual sou imensamente grata por todo o incentivo, por sempre me impulsionar a ser e a fazer melhor, sou grata por você ter acreditado e nunca desistido de mim. Gratidão do fundo do coração!!

“Não deixaremos de explorar e, ao término da nossa exploração deveremos chegar ao ponto de partida e conhecer esse lugar pela primeira vez.”

T. S. Eliot

RESUMO

Este estudo teve a finalidade de analisar o consumo alimentar saudável entre adolescentes, sob uma perspectiva de marketing social, no sentido maior de promover conscientização e redução do consumo de produtos industrializados entre adolescentes. Com isso, o objetivo desse estudo foi analisar as ações desenvolvidas em torno do consumo alimentar saudável pelos níveis *upstream* e *midstream* de marketing social, adotando uma abordagem qualitativa de caráter exploratório. O método de coleta utilizado foi a entrevista seguindo um roteiro semiestruturado com questões sobre consumo alimentar saudável, sendo abordadas as três dimensões já definidas para a formação do questionário: barreira para alimentação saudável; regulação alimentar e Consciência sobre saúde. A pesquisa foi realizada com 10 indivíduos, sendo 5 secretários municipais de saúde (agentes *upstream*) e 5 nutricionistas vinculadas ao setor público (agentes *midstream*). Os resultados indicaram que as principais barreiras para adoção da alimentação saudável é a questão midiática, culturais, e o tempo aliado a disponibilidade de alimentos não saudáveis distribuídos em toda parte. Os agentes consideram necessário que haja uma conscientização, fazendo uso de ferramentas de marketing social apoiado pelo governo, com intuito de promover uma mudança de comportamento e implantar uma cultura para que se possa trabalhar a prevenção de doenças e adoção de práticas saudáveis.

Palavras-chave: Marketing Social. Alimentação saudável. Adolescentes.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos sujeitos das entrevistas no nível <i>upstream</i>	34
Quadro 2 - Caracterização dos sujeitos das entrevistas no nível <i>midstream</i>	35
Quadro 3 - Referências para formação das questões das entrevistas <i>upstream</i>	35
Quadro 4 - Referências para formação das questões das entrevistas <i>midstream</i>	36

LISTA DE SIGLAS

ASBRAN – Associação Brasileira de Nutrição

CAISAN – Câmara Interministerial De Segurança Alimentar E Nutricional

CCJ – Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania

CIR – Comissão Inter gestores Regional

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ERICA – Estudo dos Riscos cardiovasculares em Adolescentes

EUA – Estados Unidos Da América

FNDE – Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PNAE – Programa Nacional de Alimentação Escolar

PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PSF - Programa Saúde da Família

VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

ONG – Organização Não Governamental

WHO – World Health Organization.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
1.1	OBJETIVOS.....	15
1.1.1	Objetivo geral.....	15
1.1.2	Objetivos específicos.....	15
1.2	JUSTIFICATIVA.....	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	Conceitos De Marketing Social.....	17
2.2	Abordagem Moderna de Marketing Social	20
2.3	Consumo alimentar Saudável.....	25
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	33
3.1	Caracterização da Pesquisa	33
3.2	Ambiente da pesquisa/ Sujeitos da pesquisa.....	33
3.3	Instrumento da Pesquisa	35
3.4	Estratégia e de Coleta e tratamento de Dados	36
4	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	38
4.1	Barreiras para alimentação saudável.....	38
4.2	Regulação alimentar.....	42
4.3	Consciência sobre saúde	45
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
6	REFERÊNCIAS.....	51
	APÊNDICE A	58
	APÊNDICE B.....	60

1. INTRODUÇÃO

O marketing social foi desenvolvido como uma abordagem estratégica para influenciar comportamentos baseado em um modelo de gestão de marketing (KOTLER; ZALTMAN, 1971). As primeiras definições de marketing social eram focadas em mudar o comportamento das pessoas através de decisões a nível individual, avaliando como os princípios e as práticas de marketing comercial poderiam ser aplicadas para alcançar o bem-estar social (SPOTSWOOD, *et al*, 2012).

Nos últimos anos esta visão ganhou amplitude, atingindo instâncias mais complexas em nível de comunidade e sociopolítica em que se inserem os indivíduos, com o intuito de influenciar os fatores determinantes do comportamento humano (GOLDBERG, 1995; ANDREASEN, 2006). A partir dessa ampliação, o modelo ecológico de marketing social se desenvolveu e dividiu a atuação de marketing social em três níveis de influência - *downstream*, *midstream* e *upstream* (DIBB, 2014).

As influências sociais e políticas se referem ao nível *upstream*, ou seja, ao ambiente estrutural que pode influenciar o comportamento (GORDON, 2012), acontece na medida em que reduz as barreiras para a sociedade aderir à mudança de um comportamento desejado, através de intervenções sociais e políticas públicas, ao invés de tentar melhorar as condições focadas no nível individual. (WALLACK, 2002). A abordagem *midstream* refere-se ao ambiente social mais imediato, como nível comunitário, familiar, escolar, etc. *Downstream* refere-se a influências sobre o comportamento ao nível individual (personalidade, experiência de vida, etc (GORDON, 2012)).

Segundo Malta *et. al.* 2017, existem muitos problemas relacionados à alimentação, os quais estão diretamente ligados ao consumo de produtos industrializados, consumo alimentar desregulado que ocasionam as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) responsáveis por aproximadamente 70% de todas as mortes no mundo. Ciente de que as complicações dessas doenças, também são responsáveis pela redução da qualidade de vida e aumento de outras comorbidades, a importância do controle, prevenção e acompanhamento dessas afecções tornam-se relevantes.

É proposto que haja uma discussão mais ampla sobre

questões alimentares em torno do indivíduo, de modo que é proeminente o uso da abordagem ecológica de marketing social para lidar com questões mais complexas e entender à influência que o consumo alimentar desordenado gera na saúde pública, seguido dos muitos fatores de riscos que na análise do marketing social *downstream* não abarca (BIRCH; VENTURA, 2009).

Nessa perspectiva, alguns estudos apontam os níveis do marketing social moderno como estratégia para analisar aspectos que envolvam os problemas de cada indivíduo, procurando alterar o ambiente estrutural para que haja uma influência positiva nas questões sociais (GORDON, 2013). O consumo alimentar saudável pode ser analisado dessa forma, a partir de motivações para o comportamento decisivo podendo incluir estruturas institucionais que se concentram em fatores estruturais e ambientais de comportamentos individuais e problemas sociais (HASTINGS; DONOVAN, 2002).

O mundo tem visto um aumento de mais de dez vezes no número de crianças e adolescentes obesos com idade entre 5 e 19 anos nas últimas quatro décadas, um número alarmante que passou de 11 milhões em 1975 para 124 milhões em 2016 (ABARCA-GOMEZ, 2017). O Brasil vem enfrentando o aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade, assim como em vários países do mundo. Em função de sua magnitude e velocidade de evolução, o excesso de peso – que compreende o sobrepeso e a obesidade - é considerado atualmente um dos maiores problemas de saúde pública, afetando todas as faixas etárias. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL apresentou que em 2015, 53,9% da população está acima do peso. O Estudo de Riscos Cardiovasculares em adolescentes aponta que a prevalência de obesidade foi de 8,4%, enquanto 9,6% sofrem de hipertensão, a pesquisa afirma ainda que, quase um quinto dos adolescentes poderiam não ser hipertensos, se não fossem obesos. (ERICA, 2015).

As doenças crônicas são a principal causa de mortalidade de adultos no Brasil. Nos últimos anos, os percentuais de hipertensão arterial sistêmica e diabetes vêm se mantendo estáveis, embora a obesidade esteja em ascensão. O aumento da obesidade está fortemente ligado ao consumo alimentar e à prática de atividade física. Seus determinantes são de natureza demográfica, socioeconômica, epidemiológica e cultural, além de questões ambientais, o que torna a obesidade uma doença multifatorial. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Partindo para uma perspectiva de marketing social *midstream*, as organizações desempenham um papel importante no apoio a comportamentos desejáveis que podem captar as influências sociais no indivíduo (WOOD, 2016). Como, por exemplo, em ambientes em que há certo nível de persuasão de um líder, que têm poder de influência sob o grupo, seja no âmbito escolar, de trabalho ou religioso.

Nesse sentido, pode-se dizer que a partir de um planejamento mais aguçado pode ser desenvolvido uma mudança de comportamento em longo prazo na educação alimentar, isto obviamente aliado a uma gestão de relacionamentos entre inúmeros atores envolvidos na entrega de uma mudança de comportamento a partir de intervenções de marketing social (HASTINGS, 2003). Sob essa ótica, a OMS - Organização Mundial de Saúde informa que nenhuma intervenção única pode deter o aumento da obesidade na infância e na adolescência por conta própria. É necessária uma ampla gama de ações em larga escala para que a crescente onda de obesidade seja transformada. Isso exigirá o envolvimento de múltiplos setores, incluindo educação, comunicações, comércio, planejamento urbano, agricultura e saúde. (HWO, 2018).

Dado o exposto, a pesquisa ocorre com os atores que desenvolvem essas ações, no sentido de averiguar quais os elementos que influenciam as decisões de marketing social em torno de o consumo alimentar saudável. Para tanto, busca discutir as dimensões que orientam o consumo alimentar saudável a nível *upstream* e *midstream*, evidenciando os elementos que influenciam a adoção do consumo alimentar saudável e analisando como as ações de marketing social são desenvolvidas a partir do modelo ecológico em prol da adoção do consumo alimentar saudável e como estas podem ser aperfeiçoadas.

A partir dos levantamentos demonstrados e as discussões sobre o consumo alimentar saudável, busca-se solucionar alguns questionamentos os quais esse estudo se direciona: a) quais as principais barreiras enfrentadas pelos adolescentes para aderirem uma alimentação saudável? b) como funciona a regulação alimentar no Brasil? c) diante do aumento de DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis), de que forma as políticas de saúde tem contribuído para a mudança de comportamento dos adolescentes? d) qual a opinião dos agentes *upstream* e *midstream* em relação à alimentação saudável dos jovens? A partir desses questionamentos, a questão principal desta pesquisa pode ser definida por: **como as**

dimensões comportamentais influenciam as ações para alimentação saudável a nível *upstream* e *midstream*?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar o comportamento alimentar dos jovens, na perspectiva dos níveis *Upstream* e *Midstream* de marketing social.

1.1.2 Objetivos específicos

a) Analisar, a partir da revisão da literatura, as dimensões que orientam o consumo alimentar saudável entre adolescentes.

b) Averiguar com base nos discursos dos agentes *upstream* e *midstream* os elementos que influenciam a adoção do consumo alimentar saudável.

1.2 JUSTIFICATIVA

Considerando que os hábitos alimentares inadequados na adolescência constituem fatores de risco para a obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta, é necessário dar a devida importância do estímulo precoce ao desenvolvimento de hábitos saudáveis nos indivíduos, buscando alertar o consumo excessivo de alimentos processados, os quais se relacionam com estes problemas (ALBERGA, *et al.*, 2012; MADRUGA, *et al.*, 2012).

Segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, uma em cada cinco pessoas no país está acima do peso. A prevalência da doença passou de 11,8%, em 2006, para 18,9%, em 2016. (VIGITEL, 2016). Decorrente destes números o Estudo de Riscos Cardiovasculares em adolescentes afirma que 17,1% dos adolescentes no Brasil estão com excesso de peso e 8,4% com idades entre 12 e 17 anos são obesos. (ERICA, 2016).

À luz do marketing social, as sugestões para iniciativas em incentivos à mudança de comportamento requerem planejamento em longo prazo. (HASTINGS, 2003). Tais intervenções são fortemente importantes e precisam ser ampliadas para ajudar na redução e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's), como doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer (WHO, 2003). O propósito é desviar-se das normas existentes da sociedade dominante, e estimular os indivíduos a fazer uso da alimentação saudável, por exemplo, enquanto a obesidade está aumentando em todo o mundo (BIRD; TAPP, 2008).

A partir disso, evidencia-se a necessidade da execução deste estudo, o qual almeja ouvir os agentes, *upstream* - secretários municipais de saúde e agentes *midstream* - nutricionistas da região a fim de analisar o consumo alimentar e os hábitos que impactam na saúde pública a partir da compreensão dos fatores que influenciam este consumo. Além de contribuir para o incentivo a novas pesquisas na área e aprofundar os estudos entre as relações de consumo alimentar saudável, saúde pública e redução de Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Para tanto, esta pesquisa irá contribuir para o incentivo de novas ações de marketing social e desenvolvimento de políticas públicas, pois estudos desse cunho permitem informar a população e aos gestores públicos sobre problemas sociais e suas possíveis soluções e contribuições, a partir desses resultados podem ser desenvolvidos regulamentos, decretos e leis que visem o bem-estar da população, em especial os adolescentes, público-alvo desta pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão apresentadas as principais abordagens teóricas com base na discussão de marketing social e suas aplicações direcionadas ao consumo alimentar saudável de adolescentes. Para fundamentação deste estudo será desenvolvido três tópicos: Conceitos de marketing social; Abordagens modernas de marketing social e consumo alimentar saudável.

2.1 Conceitos De Marketing Social

Diversos acadêmicos traçaram as primeiras contribuições sobre como o conhecimento de marketing poderia ser moldado a outros desafios além daqueles definidos a priori e que remetiam ao desenvolvimento de bens e serviços que satisfizessem a um público-alvo de modo a gerar lucro a corporações comerciais (WIEBE, 1951). Em meados da década de 1960 este entendimento foi consolidado com a ampliação do conceito de marketing.

Entretanto, foi somente em 1971 que o termo *marketing social* foi empregado no *Journal of Marketing* intitulado "*Social Marketing: An Approach to Planned Social Change*." Desde então, o termo passou a significar uma tecnologia de mudança social envolvendo o *design*, implementação e controle de programas voltados para aumentar a aceitabilidade de uma ideia ou prática social em um ou mais grupos de usuários alvo. (KOTLER; ZALTMAN, 1971; ANDREASEN, 1994).

Kotler e Roberto (1989) nivelam o marketing social com um vínculo de campanha de mudanças sociais, o qual teria a seguinte definição: um esforço organizado conduzido por um grupo (o agente de mudança), que pretende persuadir os outros (os adeptos do alvo) a aceitar, modificar, ou abandonar certas ideias, atitudes, práticas e comportamentos. Eles sugerem que uma campanha de marketing social podem fornecer informações importantes para solução de problemas, ou em alguns casos, apenas altere valores e crenças.

Algumas intervenções que se enquadram no domínio do marketing social, ilustram essa amplitude: intervenções de saúde para aumentar as taxas de amamentação entre as novas mães; programa de educação familiar dirigido pelo conselho sobre alimentação saudável; iniciativas do governo local para restringir o consumo de álcool nos centros urbanos; intervenções destinadas a ajudar famílias a

gerenciar os orçamentos domésticos e reduzir dívidas; mudanças legislativas para melhorar a rotulagem dos alimentos; a proibição de fumar em locais públicos ou a restrição das promoções de preços do álcool; projetos comunitários para melhorar as taxas de reciclagem de resíduos; esforços das instituições de caridade esportiva para aumentar a aceitação de lições de natação ou promover o ciclismo regular (ANDREASEN, 2006; HASTINGS; DOMEGAN, 2013; KOTLER; LEE, 2011).

Bird e Tapp (2008) identificaram que o objetivo do marketing social está relacionado a induzir comportamentos pró-sociais, com intuito de desviar-se das normas existentes da sociedade dominante, como por exemplo: buscar viver de forma sustentável, em um cenário em que muitas pessoas não o fazem; fazer uso da alimentação saudável, enquanto a obesidade está aumentando em todo o mundo.

Tal definição evidencia o viés de ação que o marketing social exerce sobre os comportamentos dos sujeitos, baseando-se na utilização de um processo de planejamento sistemático com aplicação de princípios e técnicas tradicionais de marketing. Dessa forma, o principal objetivo é gerar um benefício positivo para a sociedade. Assim o entendimento é que o agente ofertante da mudança social deve acreditar que o projeto promoverá a longo prazo o bem-estar social pela redução de algum dos problemas proeminentes da sociedade (ANDREASEN, 1994; KOTLER; LEE, 2011).

Enquanto a mudança de comportamento ainda é necessária para alcançar os resultados sociais desejados, existe uma necessidade de estimular e envolver as partes interessadas que podem provocar tais mudanças (GORDON, 2012). Tratando-se de um comportamento voluntário, benéfico para o indivíduo e para a sociedade (ANDREASEN, 2003), o marketing social pode utilizar as mesmas ferramentas do marketing comercial, como desenho, implementação e controle de programas (KOTLER; LEE, 2011), para auxiliar os indivíduos na decisão (KOTLER, 1972) e ajudar a ultrapassar os obstáculos que dificultam o comportamento na sociedade (KOTLER; LEVY, 1969; KOTLER; ZALTMAN, 1971).

Dentro das primeiras discussões do campo, o foco foi em entender o comportamento no nível individual e na concepção de intervenções bem orientadas (KOTLER; LEE, 2011). Entretanto, apesar dos comerciantes sociais terem um interesse permanente no comportamento mudança no nível individual, o escopo das intervenções vem ampliando-se desde então, movendo-se e seus praticantes tornando-se mais estratégicos para combater os danos causados pela população

através de seus esforços (DIBB, 2014).

Progressivamente as pessoas estão se mostrando pouco interessadas em refletir sobre as consequências a longo prazo de suas ações, famílias que enfrentam pobreza, desemprego, habitação pobre e inadequados são muito mais propensos a experimentar e tornarem-se alvo de comportamentos como fumar, comer alimentos “lixo” e consumir álcool. Esse tipo de prática pode oferecer benefícios em curto prazo para pessoas potencialmente vulneráveis que não tiveram educação, recursos e resiliência para fazer escolhas saudáveis, estes conseqüentemente precisarão de intervenções de marketing social (STRINE, CHAPMAN, BALLUZ, MORIARTY, MOKDAD, 2008).

As empresas comerciais são mais ou menos livres para comercializar produtos e marcas nocivas (tabaco, álcool, alimentos e bebidas de alta frutose), entretanto, as leis reguladoras não são suficientes e nem atuam em favor da construção de uma nova consciência. Nesse sentido, a tentativa de mudar comportamentos individuais específicos, ignorando as bases socioeconômicas e ambientais subjacentes, é ilógica e muitas vezes ineficaz: o marketing social está tratando os sintomas ao invés das causas subjacentes. Os comerciantes sociais também podem permitir que os indivíduos façam escolhas mais saudáveis, melhorem o meio ambiente, abordem desigualdades e incentivem os formuladores de políticas a abordar as causas subjacentes de problemas sociais e de saúde (WOOD, 2016).

Embora esta perspectiva ferramental do marketing social tenha sido fundamental para sua consolidação como área de estudo do marketing e para a promoção do bem-estar social através da mudança comportamental, foi preciso compreender que as complexidades dos fenômenos sociais envolvem outros agentes que podem atuar na disseminação do bem-estar social de forma mais sólida que se somente considerássemos o viés individual para a adoção de comportamentos pró-sociais. É proposto então, uma visão holística do contexto ambiental e contextual mais amplo e fatores de perpetuação (HOEK; JONES 2011). O que significa mudança de atitudes, comportamentos e crenças para criar mudança social (DIBB, 2014).

2.2 Abordagem Moderna de Marketing Social

Diante da necessidade de consideração da atuação de todos os agentes na promoção do bem-estar social, Andreasen (2003) reconhece que o marketing social no século XXI conseguiu atingir uma ampla conscientização e adoção como uma abordagem inovadora da mudança social. Em consequência desse desenvolvimento, ocorreram mudanças significativas em foco e evidências de maturidade ao longo de várias dimensões, assim os profissionais de marketing social passaram a buscar resultados em termos de melhoria no bem-estar individual e social tendo em vista o nível global, nacional, comunitário ou individual (DIBB, 2014).

O modelo ecológico tem sido aplicado no marketing social para avaliar intervenções de obesidade (DOOYEMA, 2013), programas de nutrição (GREGSON *et al.*, 2001) e intervenções de atividade física (ELDER *et al.*, 2007; LANGILLE; RODGERS, 2010). No entanto, o principal benefício de usar uma abordagem socioecológica é ajudar os profissionais de marketing social a entender o subjacente determinantes da saúde e resultados gerais da vida. Uma camada adicional - o cronossistema - explica as mudanças que ocorrem à medida que os seres humanos se desenvolvem desde o nascimento até a idade adulta e impacto duradouro de eventos históricos em famílias e indivíduos (BRONFENBRENNER, 1986).

Andreasen (2012) define a segmentação *downstream* como foco em indivíduos com um comportamento problemático. Os membros familiares que são inseridos nesse modelo são os principais influenciadores de comportamento e atitude do indivíduo, o que é ensinado às crianças pelos pais tem um grande impacto em uma preferência do gosto, promover o interesse por alimentos saudáveis em uma idade precoce poderia melhorar o comportamento do consumo de alimentos infantis e os resultados de saúde (BLANCHETTE, 2005.). Objetivamente, o modelo tradicional de marketing social adota uma abordagem *downstream* (ANDREASEN 1995; KOTLER E LEE, 2011), ao estar focado em mudar o comportamento de pessoas vulneráveis através de decisões a nível individual (GORDON; GURRIERI, 2014). Há o privilégio de uma abordagem de decisão racional, negligenciando questões de agência e fatores contextuais, que são estreitamente determinantes do comportamento dos indivíduos (BRENNAN; BINNEY, 2008; CRAWSHAW, 2012).

As últimas definições de marketing social continuam a olhar para o indivíduo e avaliam como os princípios e práticas de marketing comercial podem ser aplicados

para alcançar o bem social (SPOTSWOOD et al, 2012). Wallack (2002) desafia essa visão e argumenta que as principais influências são sociais e políticas, e devem procurar influenciar a redução das barreiras às oportunidades ao invés de tentar melhorar as condições individuais.

O marketing social tem três níveis de influência - *downstream*, *midstream* e *upstream* - e exige que várias partes interessadas trabalhem juntas em cada um desses níveis para oferecer uma gama de intervenções (BRENNAN et al., 2016; DIBB; CARRIGAN, 2013; HOEK; JONES, 2011). *Upstream* refere-se ao ambiente estrutural (condições econômicas, leis, políticas, etc.) que podem influenciar o comportamento do consumidor. A abordagem *midstream* refere-se ao ambiente social mais imediato, como nível comunitário, escola, etc. *Downstream* refere-se a influências sobre o comportamento ao nível individual de personalidade, experiência de vida, etc (GORDON, 2012).

O marketing social *downstream* requer um aumento mais profundo sob a compreensão que motiva o grupo-alvo na identificação de questões relevantes para influenciar seu comportamento que possibilite o desenvolvimento de ações e ideias. No domínio *upstream*, as motivações para o comportamento decisivo podem incluir estruturas institucionais, demandas, experiências passadas, questões de mídia dentre outros fatores, envolvendo defesa da mídia, lobby, relações públicas, envolvimento político, atividades ou mesmo disciplinas que estão bem estabelecidas e existem por direito próprio (MCKIE; TOLEDANO, 2008; GORDON, 2013). Os esforços de marketing social *midstream* caracterizam as organizações e as comunidades que desempenham um papel importante no apoio a comportamentos desejáveis que captam influências sociais no indivíduo alvo (ANDREASEN, 2006; BRENNAN; WOOD, 2016).

Em meados dos anos 1990 surge o marketing social *upstream* em torno da necessidade de se concentrar em fatores estruturais e ambientais de comportamentos individuais e problemas sociais (GOLDBERG, 1995; DONOVAN, 2002). Essa perspectiva envolve a adaptação e aplicação de marketing e outras abordagens, para mudar o comportamento dos tomadores de decisão e formadores de opinião, que tem o poder de alterar o ambiente estrutural e tem uma influência positiva nas questões sociais. Nesse contexto, os conceitos de marketing e as técnicas que os profissionais de marketing social usam para influenciar a mudança de comportamento individual também podem moldar o comportamento dos

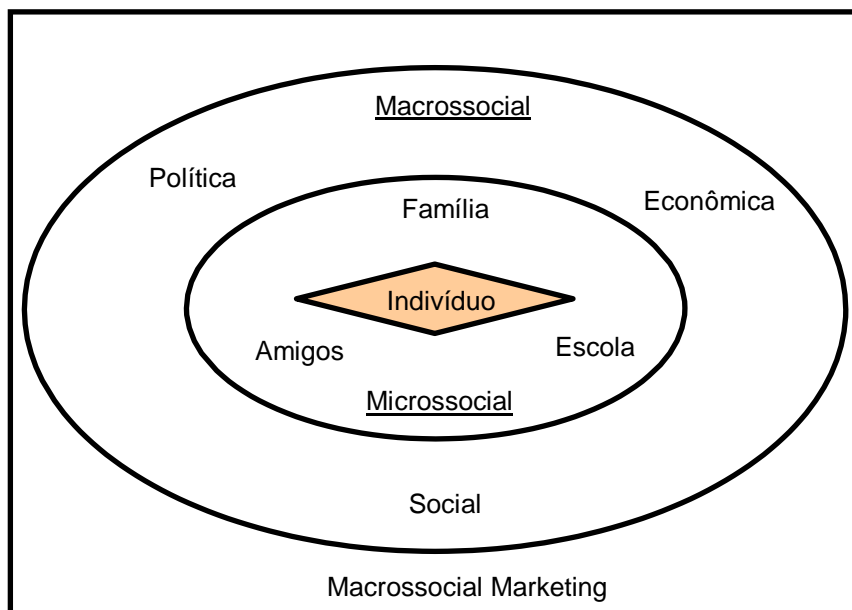
formuladores de políticas e produzir resultados sociais benéficos (GORDON, 2013).

Nos últimos anos, estudiosos sugeriram a ampliação de horizontes de marketing social além do indivíduo, tentando influenciar aqueles que ajudam a moldar os determinantes do comportamento humano (GOLDBERG, 1995; ANDREASEN, 2006). Embora a mudança de comportamento ainda seja necessária para alcançar os resultados sociais desejados, há uma ênfase em buscar envolver as partes interessadas que podem provocar tais mudanças (GORDON, 2012).

Paralelo a isso, a escola de marketing social denominado marketing macrossocial critica e destaca a necessidade de compreender as estruturas em torno dos indivíduos e as relações complexas entre o indivíduo e ambiente (GORDON; GURRIERI, 2014). Há a proposta de mudança de foco da troca à interação ou relacionamentos (PEATTIE; PEATTIE, 2003; HASTINGS, 2003), pela necessidade de ampliar o escopo do marketing social e abordar a mudança social através de múltiplos sistemas de interação (LUCA; HIBBERT; MCDONALD, 2016).

Ao reconhecer essas influências mais amplas e mais profundas sobre o comportamento, Domegan (2008) discute a visão do marketing macrossocial a partir do uso de abordagens de marketing social em nível de sociedade pelos agentes que controlam o contexto social, assim as pessoas podem ser influenciadas pelo seu próprio desejo, por uma ação de publicidade sugestiva, pela falta de supervisão e orientação parental, e pelas condições políticas, econômicas e sociais (GORDON, 2012). Os autores reconhecem que o indivíduo está no cerne de uma série iminente de influências ambientais cada vez maiores, começando pela família, amigos e escola, que se situam dentro de um microssistema. Este é o nível no qual o marketing social mais *downstream* opera, visando o indivíduo no contexto de uma família, escola ou microssistema de trabalho. Kennedy e Parsons (2012) descrevem isso como "marketing microssocial" como veremos adiante no modelo ecológico de Marketing social demonstrado na figura1.

Figura 1- Modelo ecológico de marketing social



Fonte: Adaptado de Bronfenbrenner (1977)

De acordo com Kennedy e Parsons (2012), o marketing macrossocial refere-se a mudança sistêmica em vez de mudança individual e difere-se do marketing social *upstream*, porque é liderado pelo governo e busca níveis macro de mudança, além de conduzir mudanças no sistema ao alterar as normas institucionais que perpetuam o problema. A mudança de comportamento *upstream* propõe medidas como a restrição da comercialização de alimentos não saudáveis para as crianças, tornando os alimentos saudáveis mais acessíveis, por exemplo, através de subsídios em frutas e vegetais, e tornar os alimentos menos saudáveis mais caros usando impostos, por exemplo, em açúcar e bebidas (HAWKES et al., 2015).

Hastings e Elliott (1993) indicam a educação em seu nível micro estrutural para ações de marketing sociais mais direcionadas, as quais se referem a mensagens que informem a forma de comportamento desejado a um sujeito, mas não oferecendo recompensa ou punição imediata pela sua adoção, de modo que a educação pode ensinar e criar consciência sobre benefícios existentes, mas não podem ser entregues eles, mesmo que o conhecimento resultante pode ter valor para comportamento a longo prazo, na busca de benefícios.

Andreasen (2012) define a segmentação *downstream* como foco em indivíduos com um comportamento problemático. Os membros familiares que estão inseridos nesse modelo são os principais influenciadores de comportamento e

atitude do indivíduo, o que é ensinado às crianças pelos pais tem um grande impacto em umas preferências do gosto, promover o interesse por alimentos saudáveis em uma idade precoce poderia melhorar o comportamento do consumo de alimentos infantis e os resultados de saúde (BLANCHETTE, 2005).

Uma distinção importante entre o marketing social *upstream* e *downstream* é a mudança no ambiente estrutural que impacta na voluntariedade da ação dos comportamentos individuais (GORDON, 2013). No entanto, como argumenta Hoek Jones (2011), o ambiente *upstream* pode atuar como um pré-requisito para permitir escolhas completas e gratuitas. Crianças que são criadas em um ambiente livre do fumo, totalmente protegidas de um comportamento viciante, possivelmente desfruta e recebe em troca uma maior liberdade de estilo de vida, opções de comportamento econômico e principalmente de saúde. Simplificando o processo e moldando o comportamento dessa criança, em vez de tentar diminuir esse comportamento tardiamente.

Diante disso, as intervenções posteriores, em particular as relativas à extinção do tabagismo, começaram a ter uma abordagem populacional centrada no ambiente dos fumantes ao invés de atuar apenas sobre como os indivíduos poderiam ser encorajados a mudar seu comportamento (HASTINGS, 2007).

Devem ser feitas medidas para ampliar o foco do marketing social do *downstream* para o *upstream* (HOEK; JONES, 2011), e do nível micro para o macro para incluir vários grupos de partes interessadas nos esforços para combater áreas problemáticas complexas (GORDON; GURRIERI, 2014). As intervenções devem ser entregues em um contínuo a partir de uma abordagem holística de *down*-, *mid*-, *upstream* para sustentar a mudança de comportamento. Portanto, uma abordagem holística que direciona, informa e promove o envolvimento de todos os fluxos usando uma perspectiva participante de gestão em intervenções de marketing social pode levar a melhores resultados (BUYUCEK, 2016).

O meio social vem sendo construído a partir da necessidade de abordagens mais estratégicas para geração de intervenções mais eficaz (FRENCH; BLAIR-STEVENSON, 2010). Em uma perspectiva de multicamadas necessárias para integrar abordagens *upstream*, *midstream* e *downstream*, muitas vezes envolve uma série de diferentes stakeholders (DIBB, 2014). Os comerciantes sociais muitas vezes atuam como defensores tanto *downstream* como *upstream*, promovendo a mudança de comportamento para um objetivo social que eles julgam como positivo. Dada à

saúde, custos sociais e financeiros associados a muitos dos desafios comportamentais que o marketing social é usado para enfrentar, é legítimo que os comerciantes sociais se tornem ativistas *downstream*, *midstream* e *upstream* (GORDON, 2013).

A partir dessa perspectiva, é notório o valor da combinação da abordagem com a *downstream*, no sentido de auxiliar uma mudança para uma visão mais estratégica do marketing social (ANDREASEN, 2002; FRENCH; BLAIR- STEVENS, 2010). Entretanto, a medida que o campo abarcou uma abordagem mais estratégica, houve um aumento no incentivo de intervenções que combinam aplicações *upstream*, *midstream* e *downstream*. Portanto, não deveria ser tratado como conceitos mutuamente exclusivos, mas como sistema de marketing social para provocar mudanças sociais (HOEK; JONES, 2011; GORDON, 2012).

2.3 Consumo alimentar Saudável

Segundo o PNPAS – (Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável), a alimentação deve ser completa, variada e equilibrada, proporcionando energia adequada e bem-estar físico ao longo do dia. Neste sentido, é fundamental resgatar estas práticas bem como estimular a produção e o consumo de alimentos saudáveis regionais (como legumes, verduras e frutas), considerando os aspectos comportamentais e afetivos relacionados às práticas alimentares que contribuem para manutenção do bom estado físico, do crescimento adequado e do desenvolvimento associado à prevenção de doenças crônicas.

O que se tem visto é que com a correria da vida cotidiana, os indivíduos estão se alimentando cada vez mais de maneira inadequada, não importando o que se come e de que maneira come. Qualquer alimento a ser ingerido é suficiente para remediar outras necessidades não satisfeitas na sociedade contemporânea. A refeição que antes era feita na companhia familiar, hoje é substituída por aparelhos eletrônicos (BLEIL, 1998). Pesquisa global publicada no periódico *The New England Journal of Medicine* revelou que o excesso de peso atingiu cerca de 2,2 bilhões de pessoas entre crianças e adultos em todo o mundo, o equivalente a 30% da população. Ao todo são 108 milhões de crianças e mais de 600 milhões de adultos obesos. Nos EUA, o índice de obesos alcançou 35,7% dos adultos e 18,4% da

população classificados como obesos (*National Center for Health Estatísticas*, 2017).

O mundo tem visto um aumento de mais de dez vezes no número de crianças e adolescentes obesos com idade entre 5 e 19 anos nas últimas quatro décadas, um número alarmante que passou de 11 milhões em 1975 para 124 milhões em 2016. Outros 213 milhões estavam acima do peso do mesmo ano, entretanto, ficando abaixo do limite para a obesidade. Tomados em conjunto, isto significa que em 2016 quase 340 milhões de crianças e adolescentes de 5 a 19 anos, ou quase uma em cada cinco (18,4%) estavam com sobrepeso ou com obesidade. Globalmente, a prevalência de obesidade entre crianças e adolescentes de 5 a 19 anos aumentou de 0,8% em 1975 para 6,8% em 2016. Embora os países de alta renda continuem a ter a maior prevalência, a taxa em que a obesidade entre os crianças e adolescentes com idade entre 5 e 19 anos está aumentando muito mais rápido (ABARCA GOMEZ, 2017).

Em termos de Brasil, a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - apresentou que em 2016, 53,9% da população está acima do peso, a pesquisa ainda apresenta que 75% dos brasileiros maiores de 18 anos consomem refrigerantes ou sucos artificiais quase todos os dias e 20,1% consomem doces quase todos os dias (cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana). Aponta ainda que 22,4% dos homens e 16,1% das mulheres substituem o almoço ou jantar por lanches (VIGITEL, 2016).

O custo anual da obesidade para a saúde pública no Brasil corresponde a 458 milhões de reais. Entre 2010 e 2016 foram gastos 126,4 milhões de reais com internações de jovens entre 12 e 17 anos, por hipertensão, problemas cardiovasculares, e cirurgia bariátrica. De acordo com o Estudo de Riscos Cardiovasculares em adolescentes, 17,1% dos adolescentes no Brasil estão com excesso de peso e 8,4% com idades entre 12 e 17 anos são obesos. O estudo afirma que 9,6% deles sofrem de hipertensão e que quase um quinto dos adolescentes poderiam não ser hipertensos se não fossem obesos (ERICA, 2016).

O problema da obesidade tem muitas perspectivas concorrentes e vias causais inter-relacionadas (SHELLEY 2012). À luz do marketing social, as sugestões para as iniciativas de obesidade podem se concentrar em todos os níveis de atuação: o macro (sociedade), o meso (comunidade, como política escolar) e o micro (individual, como o aconselhamento sobre obesidade) (CAMPBELL, 2012).

As formas através das quais a obesidade é percebida em uma abordagem moderna de marketing social remete à discussão voltada para o nível *upstream*, cuja questão se norteia por um viés de regulação e ou política de ação entre o público e o Estado (CAMPBELL, 2012). Um exemplo muito promissor é o projeto da dieta coletiva adotada pela prefeitura de Narón no norte da Espanha, diante da proporção de que a cada 10 moradores 6 estão acima do peso, o gestor público propôs que seus quarenta mil habitantes percam 100 mil kg em dois anos. Além da dieta, o programa inclui atividade física, os restaurantes criaram cardápios saudáveis e as crianças foram incentivadas a irem para a escola a pé ou de bicicleta, supervisionadas pela polícia local. O projeto deve economizar até 6 milhões de reais por ano em despesas médicas e a prefeitura ainda propôs doar em comida para ONG's o que a população perder em peso (EL PAÍS, 2018).

Embora os críticos possam duvidar da capacidade de incitar uma mudança dentro do sistema político *upstream* e classificar esse tipo de abordagem como reformista em vez de transformadora (KILBOURNE, MCDONAGH; PROTHERO 1997). Ainda assim, é possível defender que ações para redução e prevenção da obesidade exigem uma forma institucional formal que estimule e apoie mudanças institucionais informais, ou seja, uma mudança na cultura alimentar é apoiada por mudanças institucionais formais, como a adição de impostos aos alimentos classificados como pouco saudáveis (aquele que contém altos níveis de açúcar, gordura ou sal).

Outro exemplo é a Representação da Organização Pan-Americana da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil, com o objetivo de promover hábitos de vida mais saudáveis para seus funcionários, definiu uma nova política de alimentação para eventos realizados dentro do ambiente de trabalho. A proposta é fornecer alimentos in natura ou minimamente processados (BRASIL, 2016).

Outra intervenção de nível *upstream* é o PNAE – (Programa Nacional de alimentação Escolar), órgão criado com intuito de oferecer alimentação saudável por meio da aquisição de produtos de boa qualidade para estudantes de todas as etapas da educação básica pública. A Lei nº 11.947/09 determina que no mínimo 30% do valor repassado a estados, municípios e Distrito Federal pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) deve ser utilizado na compra de gêneros alimentícios diretamente ligados a agricultura familiar. Além de alimentos saudáveis,

compreende também o uso de alimentos variados, seguros, que respeitem a cultura, as tradições e os hábitos alimentares saudáveis, o programa estimula o desenvolvimento econômico e sustentável das comunidades.

Três outros fatores ambientais que influenciam o consumo de alimentos por crianças são: a cultura e disponibilidade alimentar nas escolas, a exposição de mídia a mensagens de alimentos e o acesso da vizinhança a alimentos saudáveis e não saudáveis. Além de ter um efeito direto sobre o excesso de peso e a obesidade na infância, o ambiente sociocultural e físico também influenciam as normas de consumo de alimentos familiares (DAVISON, 2001).

Domel (2000) afirma que os padrões de consumo de alimentos para crianças são diretamente afetados pelo ambiente familiar - *downstream* e pelo ambiente escolar posicionados em nível *midstream*. Estudos demonstram que uma das maiores fontes de gordura e açúcar na dieta infantil vem dos lanches escolares, o que se busca é cada vez mais reduzir a comercialização de alimentos industrializados e pouco saudáveis próximos às escolas. O primeiro passo foi dado, a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJ) da Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei 1.755/07, que proíbe a venda de refrigerantes nas escolas de educação básica (da educação infantil ao ensino médio), públicas ou privadas, sendo um dos itens mais calóricos e dos mais consumidos pelas crianças e jovens atualmente.

A Organização Mundial de Saúde recomenda comer um mínimo de 400g de frutas e vegetais por dia para ajudar na redução e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's), como doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer (WHO, 2003). Segundo dados do Boletim de inteligência do SEBRAE (2015), o Brasil é o terceiro maior produtor de frutas no mundo, ficando atrás apenas de China e Índia, porém mesmo diante dessa realidade, apenas 24,1% dos brasileiros consomem a quantidade de frutas e hortaliças aconselhada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Segundo ASBRAN - Associação Brasileira de Nutrição (2018), o governo Chileno tem implantado medidas que objetivam recuperar a cultura alimentar do país e reverter à epidemia global de obesidade que tem uma representatividade de pelo menos quatro milhões de mortes prematuras por ano. Contudo, especialistas dizem que podem levar anos e até que os hábitos alimentares mudem de maneira significativa.

Hastings (2003) reafirma o fato de que a mudança de comportamento requer um planejamento em longo prazo e a identificação da gestão de complexos relacionamentos entre múltiplos atores envolvidos na entrega de intervenções de marketing social. Isto por que, assim como toda intervenção de marketing social, esta tem um contexto diferente, recursos, grupos-alvo e objetivos, é necessário considerar e limitar o envolvimento de diferentes partes interessadas, dependendo da disponibilidade, alcance e conveniência (HOEK; JONES, 2011).

Outras intervenções de nível *upstream* têm tido bastante repercussão na indústria alimentícia, a Organização Pan-americana de Saúde – OPANS defende que os rótulos de alimentos processados e ultra processado informem de maneira direta e clara ao consumidor na parte frontal da embalagem, a partir de um selo em formato de octógono, com fundo preto e letras brancas, que informe sobre o alto teor de nutrientes críticos da seguinte forma: “muito açúcar”, “muito sódio”, “contêm adoçantes”, entre outros. Esse modelo já se mostrou eficaz no Chile e cuja implantação está sendo estudada por outros países. Desta maneira, o consumidor estará ciente do que estará levando para casa, sem correr riscos de estar sendo enganado pelas indústrias alimentícias (ONU, 2017).

Nessa condição, as dimensões que foram analisadas nesse estudo, buscam compreender o comportamento alimentar dos adolescentes ao saber quais as principais barreiras que dificultam a adesão de hábitos alimentares adequados, avaliar a regulação alimentar aqui no Brasil e analisar a partir da percepção dos agentes *upstream* e *midstream* a consciência sobre saúde.

Para a OMS – uma dieta saudável não acontece rapidamente, evolui gradativamente com o tempo, sendo influenciada por muitos fatores sociais e econômicos que interagem de maneira complexa para moldar os padrões alimentares individuais, sendo possível relacionar com o nível *upstream*, que requer o envolvimento de múltiplos setores e partes interessadas, incluindo o governo, que têm um papel central na criação de um ambiente alimentar saudável que permita às pessoas adotarem e manterem práticas alimentares saudáveis (OMS, 2016).

Na perspectiva *midstream*, um fator que pode ser considerado como uma barreira alimentar que provoca de forma crucial hábitos alimentares ruins é o fator cultural. Nas últimas décadas a família mudou muito, quando a mulher entrou no mercado de trabalho e conseqüentemente precisou conciliar a vida profissional com as tarefas domésticas, muitas mudanças ocorreram no ambiente familiar e

consequentemente os filhos passam a ser cuidados em berçários, creches e escolas de tempo integral, quando não por empregadas domésticas e a alimentação também sofre alterações, pois em busca de comodidade e praticidade, os alimentos industrializados passam a estar cada vez mais presente na mesa (VAZ, 2018).

No que se refere à regulação alimentar no Brasil, Proença (2012), acredita que existe uma grande fragilidade, que precisa ser melhorado, um exemplo disso, são as recomendações nos rótulos dos alimentos, por exemplo, relacionadas ao consumo de gordura *trans* que são muito controversas e sua notificação nos rótulos dos alimentos, é sem dúvidas um problema de saúde pública que deve ser levado em consideração e debatido fortemente pelo governo.

O Ministério da Saúde, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), criada pela Lei n. 9.782/1999, tem um papel de destaque por ser responsável pela elaboração e aplicação de regras para a rotulagem nutricional, pela revisão das estratégias de propaganda e pelo controle de qualidade de alimentos processados e industrializados (BRASIL, 1999).

Segundo Martins *et, al*, 2014, ao propor regulação a propaganda de alimentos, a Anvisa impactaria ao mesmo tempo em dois setores poderosos na economia brasileira: a indústria de alimentos e a indústria de propaganda. Dado o exposto, é notória a força do setor na economia brasileira ao avaliar que o faturamento da Indústria de Publicidade em 2008 foi de R\$21,4 bilhões, número que representa 4% do PIB brasileiro e com 711 mil empregados (BAIRD, 2012).

Nos últimos anos, muitos países têm desenvolvido ações destinadas a facilitar a utilização das informações nutricionais pelos consumidores, bem como incentivar a reformulação voluntária de alimentos pelo setor produtivo. A principal solução que tem sido adotada internacionalmente é a implementação de modelos de rotulagem nutricional frontal em complementação à tabela nutricional (BRASIL, 2018).

No Brasil, as informações fornecidas através da rotulagem contemplam um direito assegurado pelo Código de Defesa do Consumidor que, em seu artigo 6º, determina que a informação sobre produtos e serviços deva ser clara e adequada e “com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem” (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) apresentou à ANVISA uma proposta de aperfeiçoamento da rotulagem nutricional que contempla um modelo de rotulagem nutricional frontal com

octógonos pretos, baseado no modelo do Chile, que destaca a alta quantidade de calorias, açúcares, gorduras total, gorduras saturadas e sódio, além da presença de gorduras *trans*, edulcorantes e aditivos alimentares como ilustrado na Figura 2, e um modelo de perfil nutricional que utiliza parâmetros dos modelos da Organização Pan-Americana da Saúde do Chile, conforme Figura 3. (BRASIL, 2018).

Figura 2 - Modelo de rotulagem nutricional frontal proposto pela CAISAN



Fonte: ANVISA (2018)

Figura 3 - Modelo de perfil nutricional proposto pela CAISAN

Nutriente/constituente	Parâmetro
Caloria	275 kcal/100g para alimentos sólidos 70 kcal/100ml para alimentos líquidos
Sódio	≥ 1mg de sódio/kcal
Açúcares livres (açúcar)	≥ 10% do VET
Gorduras totais (gordura)	≥ 30% do VET
Gorduras saturadas	≥ 10% do VET
Gorduras trans	Presença de um ou mais ingredientes contendo gorduras trans industrial em qualquer quantidade
Adoçante	Qualquer quantidade de edulcorantes
Aditivos	Presença de um ou mais aditivos alimentares

Fonte: ANVISA (2018)

Não obstante, é necessário reforçar que a rotulagem nutricional não é a única solução. A melhoria dos hábitos alimentares e a reversão do cenário atual, possui causa multifatorial, requerem a adoção de políticas públicas que ataquem os fatores de risco modificáveis, bem como alterações comportamentais em nível individual e coletivo dos consumidores (BRASIL, 2018).

Em relação à dimensão consciência sobre saúde, os sistemas alimentares, os padrões de marketing e os estilos de vida pessoais devem evoluir de forma a facilitar a vida mais saudável das pessoas incentivando e facilitando o comércio de alimentos que lhes trazem os maiores benefícios para à saúde, sendo este o principal objetivo das políticas de saúde pública, deste modo, investir em ações preventivas adversas de padrões alimentares inadequados e inatividade física sem dúvidas é agora urgentemente necessário. Tais processos exigem mudanças de longo prazo no pensamento e na ação nos níveis *downstream* e *midstream*, sendo mais provável que a mudança individual seja facilitada se o macroambiente - *upstream* no qual as escolhas são feitas apoiem as opções percebidas como saudáveis e recompensadoras (OMS, 2016).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O objetivo deste capítulo é delinear os procedimentos metodológicos adotados neste estudo. Primeiramente, a caracterização da pesquisa é apresentada, e em seguida são expostos o ambiente e os sujeitos da pesquisa, assim como os instrumentos da pesquisa e como será configurada a análise dos resultados.

3.1 Caracterização da Pesquisa

Para abarcar os objetivos desse estudo, confere a esta pesquisa um **caráter exploratório** que segundo Vergara (2013) é realizada em áreas nas quais existe pouco ou nenhum estudo relacionado e sistematizado e não comporta hipóteses devido a sua natureza, que por sua vez será adotada uma **abordagem qualitativa**, pois se trata de um estudo que não pode ser quantificado, considerando aspectos motivacionais relacionados a esta pesquisa, estando de acordo a um espaço mais profundo das relações, ou seja, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004).

Sendo assim, com base nos argumentos dos respondentes, buscará analisar o comportamento alimentar dos jovens, a fim de compreender como os aspectos comportamentais influenciam a adoção da alimentação saudável a nível *upstream* e *midstream*. Diante disso, é notório que a pesquisa qualitativa abrange um entendimento específico da relação entre o tema e o método (FLICK, 2009).

3.2 Ambiente da pesquisa/ Sujeitos da pesquisa

A pesquisa qualitativa em sua metodologia propõe que os sujeitos da pesquisa sejam selecionados de acordo com sua experiência com o objeto de análise, e/ou tenham algum tipo de ligação com a realidade estudada (MEIHY, 2005; CROUCH; MCKENZIE, 2006). Desta forma, este estudo confere duas características para seleção do público alvo.

Com o propósito de atender aos objetivos do estudo, no nível *upstream* foram entrevistados os secretários de saúde de alguns municípios da região do Brejo

Paraibano: Solânea, Mulungu, Sertãozinho, Caiçara, Sertãozinho Bananeiras e Dona Inês, responsáveis pela formulação de política de saúde dos municípios a fim de analisar o consumo alimentar e os hábitos que impactam na saúde pública a partir da compreensão dos fatores que influenciam este consumo. No Quadro 1- Caracterização dos sujeitos das entrevistas no nível *upstream* expõe-se o perfil dos sujeitos, sendo composto por três homens e duas mulheres.

Quadro 1 - Caracterização dos sujeitos das entrevistas no nível *upstream*

Entrevistado	Função	Formação
E1	Secretária de Saúde	Bacharelado em Enfermagem
E3	Secretário de Saúde	Licenciatura em Educação Física
E4	Secretário de Saúde	Bacharel em Odontologia
E6	Secretária de Saúde	Bacharelado em Enfermagem
E7	Secretário de Saúde	Licenciatura em História

Fonte: Elaboração Própria (2018)

O primeiro contato foi com o secretário municipal coordenador da Comissão Inter gestores Regional - CIR que indicou e agendou uma as demais entrevistas para o dia da próxima reunião da CIR que aconteceu na cidade de Sertãozinho/PB. O ambiente utilizado para a realização das entrevistas foi em uma das salas do prédio onde aconteceu a reunião, e foi escolhido para melhor comodidade dos respondentes.

No nível *midstream*, se refere ao ambiente mais imediato, ligado diretamente com o público alvo (DIBB, 2014) optou-se por entrevistar nutricionistas da região, vinculadas ao setor público, responsáveis por desenvolver orientação e reeducação alimentar do nosso público alvo, atuando na parte prática, tendo que lidar com problemas relacionados à alimentação nos respectivos municípios, conseguindo ter uma visão mais específica do comportamento alimentar dos adolescentes e dos problemas relacionados. No Quadro 2- Caracterização dos sujeitos das entrevistas no nível *midstream* expõe-se o perfil dos sujeitos, sendo composto por cinco mulheres, formadas em nutrição, as quais prestam serviço atualmente em PSF's dos municípios da Região do Brejo paraibano: Solânea, Mulungu, Sertãozinho, Caiçara, Sertãozinho Bananeiras e Dona Inês.

Quadro 2 - Caracterização dos sujeitos das entrevistas no nível *midstream*

Entrevistado	Função	Formação
E2	Nutricionista	Bacharel em nutrição
E5	Nutricionista	Bacharel em nutrição
E8	Nutricionista	Bacharel em nutrição
E9	Nutricionista	Bacharel em nutrição
E10	Nutricionista	Bacharel em nutrição

Fonte: Elaboração Própria (2018)

No que se refere ao número ideal de participantes, este estudo considerou o que adota a pesquisa qualitativa, de maneira que a quantidade dos sujeitos de uma pesquisa é definida quando o mesmo é suficiente para responder o problema de pesquisa, ocasionando a saturação das respostas (FLICK, 2009).

3.3 Instrumento da Pesquisa

Foi utilizado como instrumento para coleta de dados um **roteiro de entrevista** (Apêndice A e Apêndice B). As entrevistas foram realizadas com agentes que comportam a abordagem *upstream* e agentes *midstream*. Com o propósito de analisar o comportamento alimentar dos jovens, na perspectiva dos níveis *Upstream* e *Midstream* de marketing social.

A pesquisa é caracterizada essencialmente pela análise das dimensões elencadas na pesquisa, que estão descritas no Quadro 3 - Referências para formação das questões das entrevistas *upstream*; e no Quadro 4 - Referências para formação das questões das entrevistas *midstream*.

Quadro 3 - Referências para formação das questões das entrevistas *upstream*

DIMENSÕES	QUESTÕES DO ROTEIRO DA ENTREVISTA	REFRÊNCIAS
Barreiras para alimentação saudável	1, 2, 3	HILGER (2017)
Regulação alimentar	4, 5, 6, 7, 8	VERSTUYF (2016)
Consciência sobre saúde	9, 10, 11, 12	APAOLAZA (2018)

Fonte: Elaboração própria (2018)

Quadro 4 - Referências para formação das questões das entrevistas *midstream*

DIMENSÕES	QUESTÕES DO ROTEIRO DA ENTREVISTA	REFRÊNCIAS
Barreiras para alimentação saudável	1, 2, 3	HILGER (2017)
Regulação alimentar	4, 5, 6, 7, 8	VERSTUYF (2016)
Consciência sobre saúde	9, 10, 11, 12, 13	APAOLAZA (2018)

Fonte: Elaboração própria (2018)

3.4 Estratégia e de Coleta e tratamento de Dados

Para a etapa de coleta de dados foi utilizada a estratégia metodológica da pesquisa qualitativa que alcançou os objetivos desta pesquisa, foi elaborado dois roteiros: um para os agentes *upstream*, (apêndice A) e outro para os agentes *midstream*, (apêndice B), ambos com questões relacionadas ao consumo alimentar saudável, buscando compreender a partir da percepção dos gestores municipais de saúde e das nutricionistas o comportamento alimentar dos adolescentes de seus respectivos municípios. A pesquisa foi realizada a partir de um método de gravação por áudio de **entrevistas individuais semiestruturada**, posteriormente foram transcritas, depois realizado a leitura e revisão de todas as entrevistas na busca de compreender a discussão e ser realizado o processo de análise de conteúdo. (BARDIN, 2007; MERRIAM, 2009).

As entrevistas tiveram início no dia 24/05/2018 e foram encerradas no dia 21/06/2018, as gravações de áudio tem duração de 179 minutos e 68 segundos. A entrevista mais curta com 10 minutos e 01 segundo com 7 laudas de transcrição e a mais longa com 36 minutos e 21 segundos, com 11 laudas de transcrição. No total de 88 laudas de transcrição, com fonte *Times New Roman*, tamanho 12 e com espaçamento simples.

Sendo todas as entrevistas realizadas presencialmente, exceto dois entrevistados, que a entrevista foi realizada por meio da ferramenta online - *Skype*. Para a execução da análise dos dados adquiridos através das entrevistas fez-se o uso da análise de conteúdo, uma vez que a proposta reside no processo de relação entre as mensagens oriundas dos discursos dos sujeitos de pesquisa e da discussão

do consumo alimentar saudável (BARDIN, 2007). Na análise dos resultados foram abordadas as três dimensões já definidas para formação do roteiro de entrevista: Barreiras para alimentação saudável, regulação alimentar e Consciência sobre saúde.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 Barreiras para alimentação saudável

Em primeiro momento, a discussão se inicia a partir do nível *upstream* ao analisar a percepção dos secretários de saúde municipais em relação ao que consideram como barreira para os jovens aderirem uma alimentação saudável, relacionando os principais fatores que influenciam o desvio dessa ação, com práticas alimentares não adequadas. Foi identificado que muitos dos entrevistados consideraram a **questão midiática**, no sentido de induzir ao jovem a ser alvo do consumismo desordenado. O que está de acordo com Davison (2001), que aponta como fator ambiental capaz de influenciar o consumo de alimentos por jovens e crianças, a disponibilidade alimentar nas escolas, a exposição de mídia a mensagens de alimentos e o acesso da vizinhança a alimentos saudáveis e não saudáveis.

“[...] a pressão que o jovem sofre perante a mídia, eu acho que isso acaba dificultando eles perceberem o que é uma alimentação saudável.” (E7)

“[...] existe uma dificuldade enorme para estar proporcionando uma melhor qualidade de vida a essa população alvo, diante do consumismo.” (E1)

Outro fator de influência é a **questão cultural** (DAVISON, 2001). Com o passar dos anos, foi identificado que o hábito alimentar se transformou e passou a ser cada vez mais instantâneo, o hábito de preparar alimento foi substituído por comidas prontas, congeladas e de rápido preparo. Estamos vivendo a geração do imediatismo, da conveniência, ninguém tem mais tempo, e nossa alimentação tem custado um preço elevado, como apontam os relatos abaixo.

“[...] ‘A facilidade e a praticidade dos industrializados pelas mães que hoje trabalham muito, e também acho que a questão cultural das mães é o fator principal em minha opinião.’ (E6)

“A maior dificuldade que tem hoje é a questão dos Fast food [...], uma porta de entrada, para toda e qualquer patologia, o jovem não se preocupa com isso, então ele quer na hora do lanche comer sua ‘pipoca’ seu refrigerante”. (E3)

Outro ponto que deve ser levado em consideração é a **fragilidade de apoio da esfera pública**, no que diz respeito a incentivos sociais, políticos e financeiros para esse público alvo. O que se percebeu foi que o governo não tem dado atenção devida e pouco tem estimulado adoção de boas práticas e conscientização para o

jovem. *“a nossa dificuldade é mais essa questão de conscientizar.” (E3)*

“Existe apoio, mas muito deficiente, até mesmo porque a gente não tem um recurso destinado para isso” (E1)

“[...] ainda acho muito deficiente! Poderia já ter traçado algumas políticas públicas mais voltadas para essa questão” (E4)

Tem-se buscado introduzir algumas ações nas escolas, ainda modestas e com algumas limitações, porém já é de grande valia. Uma proposta interessante de melhorar a alimentação dos jovens, trabalhando a questão da **educação alimentar** **que** hoje se encontra banalizada pelas indústrias alimentícias que só visam ao lucro.

“Hoje é muito interessante todas as escolas já terem nutricionistas, então assim, isso já é um ponto muito positivo, [...] então, a lógica e a tendência é que se tenha de fato uma alimentação saudável para esse jovem, seja na faixa etária do ensino fundamental ou médio [...]” (E7)

As informações se dão muitas vezes diretamente nas Unidades Básicas de Saúde e também nas escolas, os nutricionistas vão até os alunos e orientam, tentando passar o máximo de informações de maneira didática, conseguindo atingir de maneira mais efetiva os alunos da educação básica. Então existem alguns programas que viabilizam esse acesso, a priori trabalhando a questão mais educativa.

“[...] através das Unidades Básicas de saúde com as enfermeiras, tal”... Fazendo palestras, através do NASF também. (E4)

“A gente tem esses programas né? Do núcleo ampliado da saúde da família, nós temos o programa Saúde na escola que é do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, onde a gente leva todos os nossos profissionais da área da saúde para as escolas, aí é onde a gente pega aquela educação básica e o fundamental I que é show de bola, tudo que você passa eles chegam em casa e transmitem para os pais, é impressionante.” (E3)

É notório que existem inúmeras dificuldades para proporcionar uma melhor qualidade de vida a essa população alvo. Diante da facilidade de repassar informações nas redes, uma das maiores dificuldades dessa era da informação tecnológica, construir um filtro, e fazer prevalecer a informação correta para a população, de maneira que o indivíduo deve ter a capacidade de escolher o que é ou não bom para ele, o que muitas das vezes se torna ineficaz por se tratar de um público com muitas especificidades. Mesmo diante de tantos *gaps* nas redes, o conhecimento e a informação tem um papel fundamental para influenciar o

melhoramento de hábitos alimentares.

“[...] nessa fase da vida os hormônios estão aflorando, então tanto faz ser bom ou ser ruim, eles vão acreditar por aquilo que é melhor para eles”. (E3)

“[...] muita das vezes o hábito alimentar negativo ocorre por falta de informação realmente [...]” (E7)

É importante desenvolver medidas que o jovem se sinta atraído a buscar, a desenvolver essa busca ativa, que eles consigam enxergar a importância de ter uma alimentação saudável, e aderir à prática com gosto e vontade. A forma como a informação chega ao público alvo pode influenciar os resultados, então, deve-se buscar repassar da maneira mais didática possível, para que os sujeitos não interpretem como obrigação.

“Acredito que seria um trabalho Inter setorial, onde todos falassem a mesma língua destinada ao jovem para que ele realmente sentisse que aquilo é necessário.” (E1)

“Eu acho que deveria ter um programa nas escolas que fossem, mais, como eu posso te dizer, que fossem mais atrativos.” (E3)

Por outro lado, no nível *midstream* buscou-se identificar a partir de entrevistas com nutricionistas da região vinculados ao setor público, quais as principais barreiras para o jovem aderir uma alimentação saudável, o que se percebeu foi **a emergência da questão midiática e cultural**, alinhada com o pensamento de Davison (2001).

*“Eu acho assim que a **mídia** ajuda muito a dificultar essa a questão, porque se você ligar a tevê vai ter muitas propagandas de comidas que não faz bem para saúde né? Então isso chama atenção dos jovens.” (E2).*

“[...] tem muitas influencers que tem uma rotina de vida saudável que transparece essa rotina de vida saudável e passa através das redes sociais, o jovem assiste tudo isso, mas eles ficam ali divididos entre seguir um caminho e entre seguir outro caminho [...]” (E8).

“influencia para um bom como influencia para o mal [...]são colocados na mídia muitos resultados que nem sempre são verdadeiros, muitas informações que nem sempre são verdadeiras mas que acabam influenciando” (E10).

E como já foi discutido na análise *upstream*, com o passar dos anos as famílias tem se adequando a outra cultura, principalmente depois que as mulheres ganharam espaço no mercado de trabalho. Com isso foi aos poucos perdendo o hábito de se alimentar em casa, a rotina é outra, e isso reflete na vida dos jovens, que aprendem desde cedo, a trocar alimentação saudável por alimentos de rápido preparo.

*“[...] essa **cultura** está vindo mais de casa, às vezes em casa os pais não comem frutas, não comem verdura, então isso tudo reflete na alimentação da criança. ” (E5).*

“[...] as vezes chego no consultório querendo mudar o habito, mas aí a gente vê que o hábito da família já é um hábito desregrado, e aí o jovem acaba acompanhando. ” (E10).

Outro indicador que foi considerado como barreira para alimentação saudável foi o fator **tempo**. Nos relatos dos agentes *midstream* fica evidente que a falta de tempo tem prejudicado a alimentação dos jovens, *“na **correria** vão optando por alimentos mais fáceis que nem sempre esses alimentos mais rápidos são mais nutritivos [...]” (E5).*

*“Então assim, o pessoal precisa muito principalmente os jovens, saber direitinho como é a forma de se alimentar **mesmo sem ter tempo [...] é isso que falta, é o horário, organização** e o próprio incentivo de uma alimentação saudável” (E9).*

*“[...] na faixa etária dos jovens que já estão entrando na universidade, eu vejo uma barreira assim, de **tempo**, às vezes local que não oferece, porque às vezes eles até querem, mas assim os locais eles não oferecem, o que é mais fácil de ser consumido [...] o que é mais prático para eles acaba sendo salgadinho, refrigerante, frituras, doce”. [...] (E10).*

Alinhado a análise *upstream*, os agentes levantaram a proposta de investir em uma propagação direcionada para esse público, não apenas criar um conceito de levar a informação até o jovem, mas torná-la atrativa para que o jovem busque informações. No sentido de encontrar programas mais didáticos em que o jovem procure cada vez mais estar interessado a buscar informações sobre como cuidar da saúde, alimentando-se de forma adequada, desmitificando o conceito da alimentação saudável.

*“Acho que por ser jovem tinha que criar um mecanismo jovem de passar para eles a informação de uma forma que eles venham a entender e aceitar [...] de forma que eles entendessem que a má alimentação vai causar um distúrbio a longo prazo [...] **porque o jovem de hoje eles veem alimentação saudável como uma coisa ruim, que não tem gosto.** ” (E8).*

“É através da informação que a gente coloca aquela sementezinha na cabeça das pessoas.” (E5).

Também é válido disponibilizar mais recursos para investir na alimentação das escolas, pois de nada adianta investir em informação, propagação, políticas públicas se não houver uma ação concreta propriamente dita.

“[...] Vem aquele dinheiro pouco, então tem que fazer o possível e tem que comprar o que dá” (E2)

“[...] o recurso dado para alimentação é muito pequeno, então acaba que você tem que baratear alimentação e acaba fugindo um pouco [...]” (E10).

As políticas devem sair do papel, e principalmente ser colocadas em prática, principalmente no ambiente escolar, partindo da iniciativa pública ou privada, onde muitas das vezes não se têm essa cultura em casa, e este seria o primeiro contato da criança e/ou adolescente com a educação alimentar, a partir de então, ela levará para seu ambiente familiar o que aprendeu e principalmente o que vive no ambiente escolar. Para tanto, é necessário que haja um investimento concreto para a mudança se tornar efetivo.

4.2 Regulação alimentar

Nesse momento os agentes *upstream* explanaram sua percepção em relação à regulação alimentar, foi discutido e avaliado **as políticas de saúde** do município em torno da alimentação saudável. O que se percebeu foi que a regulação alimentar no Brasil ainda é muito deficiente, diante de tantos recursos, os gestores precisam ampliar os programas que já existem para conseguir uma mudança de comportamento alimentar desejável e diminuir os índices de DCNT que só aumentaram nos últimos anos.

“Muito deficiente, tanto que a gente tem aí pessoas obesas e desnutridas, temos pessoas magrinhas e ao mesmo tempo obesas com colesterolemia e outras infinidades de fatores que podem proporcionar doenças.” (E1).

“Pra ser sincero a dizer, eu vejo muita propaganda, tem muita propaganda disso aí, mas na verdade para se pôr em pratica, eu acho que a gente não chega nem a 10%” (E3).

“Eu acho que isso aí tem um déficit, eu não acho que a gente tá em um patamar aceitável não, acho que a gente deveria melhorar muito nesse sentido, nesse aspecto.” (E7).

Foi possível identificar que **não há incentivos** do governo direcionados a esse público jovem, existem políticas públicas voltadas para o público infantil e para o idoso, implicando uma lacuna entre esses dois públicos que precisa ser reavaliada.

“[...] para o jovem não tem um programa voltado pra isso, pra que haja um incentivo na questão de melhoria na alimentação”. (E4).

“[...] normalmente é trabalhado no município com crianças e idosos por conta das políticas públicas, o adolescente, por exemplo, nas escolas onde tem o ensino médio né no caso, elas quase não têm acesso, a gente não tem trabalhado em cima deles.” (E6).

“É até contraditório, se você é um jovem que se alimenta mal, consequentemente você vai chegar a ser um idoso que se alimenta mal também.” (E7).

Diante dessa temática deve ser pontuado e buscar conscientizar esse público, para tentar reduzir cada vez mais o número de pessoas precisando de assistência de auto complexidade, se torna muito caro, o que está alinhado com o estudo ERICA (Estudo dos Riscos cardiovasculares em Adolescentes) que aponta que entre 2010 e 2016 foram gastos 126,4 milhões de reais com internações de jovens entre 12 e 17 anos por hipertensão, problemas cardiovasculares, e cirurgia bariátrica. O entrevistado (E3) afirmou que o ser humano só percebe que precisa de ajuda quando já está refém de uma medicação. É preciso que haja um interesse em traçar políticas mais direcionadas ao considerar que *“Deve ter uma educação permanente desse hábito nas escolas, nas casas, em todos os ambientes”*. (E1)

“[...] falta essa questão da conscientização, porque o paciente quando ele tem uma patologia, ele só se cuida quando fica grave, dificilmente a gente trabalha com prevenção”. (E3)

“[...] reduziria e muito, problemas que a gente está acostumado a presenciar nos PSF's, tem muita coisa que é desencadeada a partir da má alimentação.” (E7)

Os resultados mostraram que os agentes estão conscientes de que as políticas públicas ainda não são suficientes e julgam importantes que a regulação alimentar seja mais efetiva no Brasil. Sendo possível defender que ações para redução e prevenção da obesidade exigem uma forma institucional formal que estimule e apoie mudanças institucionais informais. Ou seja, uma mudança na cultura alimentar apoiada por mudanças institucionais formais (KILBOURNE; MCDONAGH; PROTHERO, 1997).

“É muito importante, eu diria que é um indicador que precisa sempre estar sendo trabalhado, para que haja uma diminuição tanto de doenças crônicas, como hospitalização, e pessoas cardiopatas, obesas, diabética [...]”. (E1)

“Tem que ter a questão dessa regulação, para que aja um direcionamento do jovem, muitas vezes a informação não chega até o jovem para que ele tenha o discernimento de qual alimento ele deve escolher, então assim tem que haver essa regulação, tem que ter um norte pra isso.” (E4)

Nesse tópico foi avaliado em nível *midstream* as óticas dos nutricionistas e como eles avaliam a regulação alimentar no Brasil. Alinhado a discussão dos agentes *upstream*, os nutricionistas relataram a fragilidade de investimento em políticas de saúde mais efetivas, como apontam os relatos.

“Único procedimento aqui no Brasil da regulação alimentar é o rótulo, é

único procedimento aqui no Brasil, por exemplo, eu vou lá na embalagem e uma das coisas que eles são obrigados por lei a colocar na embalagem esse contém ou não glúten, isso é obrigado! [...] e se essa pessoa leiga de repente tem uma intolerância ao glúten e não sabe o que é isso? O que vai adiantar ter no rótulo "contém glúten ou não contém glúten?" (E8)

"[...] em relação aos alérgicos, intolerância ao glúten, a lactose é que aumentaram um pouquinho a fonte da letra, mas não tem nada assim que indique, se você não for olhar direitinho..." (E5).

"A gente vem muitos erros nos rótulos, mentiras mesmo, na frente do produto as vezes tem zero açúcar e a gente a nutricionista sabe quando vai olhar tem um outro nome no lugar do açúcar". (E10)

Com isso, pode-se ver que a regulação alimentar no Brasil não é eficiente, existem algumas normas, porém não são fortes o bastante para impedir as infrações na comercialização, é preciso pôr em evidência tais normas para que todos tenham conhecimento, consiga sair do papel e ser inclusa na comunidade.

"[...] deveria ter mais leis de proibição [...] uma fiscalização mais aprofundada, uma fiscalização grande mesmo, para que evitasse esse tipo de coisa [...]" (E9)

Percebeu-se a partir dos relatos dos nutricionistas que as pessoas ainda são bastante leigas no assunto alimentação, entendem pouco e muitas vezes precisam de orientação daqueles que detêm algum conhecimento. O entrevistado (E2) considera importante essa parte da informação, de mostrar para as pessoas que por causa de uma má alimentação ela pode ter inúmeras doenças como diabetes e hipertensão.

"Se essas campanhas fossem trabalhadas na internet, com insistência, com certa insistência, vai chegar um momento que os jovens vão atentar para aquilo ali [...], e a partir do momento que a pessoa tem acesso à informação ela com certeza vai abrir os olhos para muitas outras coisas." (E8).

Foi posto em discussão algumas ações existentes no município, inclusive umas delas já executadas, essas iniciativas do governo são boas, tem uma proposta positiva e atingem um número de pessoas considerável, porém ainda muito frágeis. É preciso melhorar o apoio, e a ampliação de programas voltados para essa temática para se tornarem mais efetivas, como o entrevistado (E5) relata "as políticas de saúde no papel são lindas, agora é uma grande dificuldade de se colocar em prática".

"[...] a gente está no NASF, não tem como colocar em prática todas as políticas de saúde, o que é que a gente faz aqui? A gente faz o PSE

(Programa de Saúde na Escola), o SISVAN (sistema de vigilância alimentar e nutricional), e agora estou entrando no NUTRISUS.” (E5).

“As ações acontecem muito mais no PSF, então depende muito do corpo do NASF, de como os nutricionistas trabalham em relação a isso, mas não sai de dentro do NASF, quer dizer não sai de dentro dos PSF, aquele trabalho não é externado, então os jovens que teriam que ir até o PSF para ter essa informação, então o trabalho municipal também não é convincente, não satisfaz.” (E8).

“[...] tem também a Política Nacional de segurança alimentar que é pra garantir o direito que todos têm alimentação, mas que eu vejo que é muito papel e pouca ação, não é muito, eu não vejo sendo bem executado”. (E10).

4.3 Consciência sobre saúde

Nessa esfera de discussão os entrevistados analisaram se as pessoas podem ser mais conscientes ao ponto de tomar decisões de mudar o estilo de vida a partir do comportamento de outras pessoas que já possuem um estilo de vida saudável. A entrevistada (E1) acredita muito na educação em saúde [...] se a gente colocar isso em prática, seja nos serviços de saúde, seja na educação, seja no nosso dia a dia, trabalhar com pais, eu acredito que isso é bastante eficiente, melhoraria muito. As demais falas convergem com a entrevistada.

“Uma pessoa se torna um multiplicador de boas ações e de boas condutas, ela pode influenciar bastante.” (E6).

“Desde que eu queira absorver o que essas pessoas saudáveis estão dizendo não é? Porque assim, é difícil não é fácil, por exemplo, se eu for falar de alimentação saudável em certo momento alguém vai ouvir, mas vai olhar para o meu corpo e vai dizer como é que esse cara está falando de alimentação saudável se ele está acima do peso? É como eu digo, a gente é muito pelo aquilo que vê né?” (E3).

No segundo momento foi debatido como o governo municipal avalia a necessidade de contribuir para uma alimentação saudável entre os jovens, até que ponto o governo está preocupado em ajudar a reduzir os números de DCNT da população. Segundo relato do entrevistado (E2) o primeiro passo seria obedecer aos programas que são disponibilizados, como por exemplo, o programa da agricultura familiar que veio com intuito de fazer com que a gente tenha pelo menos 30% da alimentação saudável. A entrevistada (E1) enfatiza essa discussão ao dizer que a

avaliação deve ser realizada a partir de monitoramento das ações que são realizadas. Por sua vez, o governo como um todo deve reconhecer esse problema, dar à importância devida as consequências da negligência.

“Eu não vejo muito interesse não, não existe ainda uma preocupação não, está se começando, mais uma efetiva preocupação eu não vejo muito nesse sentido não.” (E6)

Este tópico tem o objetivo de mostrar o julgamento que os entrevistados têm sobre a **importância da adoção de uma alimentação saudável**. De acordo com os entrevistados, os indivíduos entendem e consideram que a alimentação saudável é importante e deve ser levado a sério, pois como o entrevistado (E6) relata “é uma prevenção de doenças”. (E6). Os demais entrevistados deixaram claro esse pensamento.

“É importantíssimo você ter uma alimentação saudável [...] você sabe que está garantindo sua longevidade. Pra mim, é importantíssimo, é bastante relevante.” (E1)

“Alimentação saudável é igual a uma vida saudável, se você não tem uma alimentação saudável, vai começar a parecer problemas cardíacos, problema respiratório dor de cabeça, essas coisas...” (E4)

[...] a alimentação ela salva qualquer geração, seja de jovens, seja de idosos, eu acho que o hábito de se alimentar bem e saudável, é sem dúvidas essencial.” (E7)

Outro fator que sobressai nas falas dos agentes é a importância de conscientizar a população e trabalhar a **prevenção das doenças**, alinhado ao pensamento da entrevistada (E6) que acredita que o município não é efetivo pela quantidade de medicamentos que oferece, mas se torna efetivo a partir do momento que consegue atingir uma redução desse número. A entrevistada frisa a importância de se trabalhar a prevenção, investir mais na atenção básica, do que na média e alta complexidade, com intuito de reduzir o quadro de adoecimento da população.

“Seria interessante que a gente trabalhasse a prevenção, para não ter que estar pagando tão caro por isso, em um país onde a saúde não tem recursos para ser custeado, os recursos são mínimos.” (E1)

Neste sentido, buscou-se analisar a partir do comportamento de pessoas com hábitos alimentares saudáveis, se elas poderiam influenciar outras pessoas a aderir uma mudança de comportamento alimentar, em busca de uma vida mais saudável. E muitos dos entrevistados indicaram que a mudança de comportamento pode sim ser influenciada a partir de outros, considerando que “nós somos seres humanos

influenciáveis.” (E8)

“Consegue, consegue muito [...] Sozinho fica desmotivado, mas a partir do momento, principalmente em grupo, você é o grupo vai ajudando o outro [...]um grupo, tem a facilidade, é mais fácil do que você sozinho.” (E9)

“Acredito, acredito que o ambiente provoca mudança[...] se eu convivo com uma pessoa que faz uma alimentação certinha, tem os horários regulados que me explica o porquê está comendo aquilo, qual o benefício, eu acredito que tenha um resultado positivo.” (E10)

A partir da percepção dos agentes *midstream* foi possível analisar como eles julgam o comportamento alimentar dos jovens atualmente, e diante dos relatos dos nutricionistas consideraram o comportamento dos jovens como não adequado.

“Totalmente inadequado, não vou dizer que todas mais que 70%, só gosta de comer besteirinha ” (E5)

“Uma negação [...] a gente sabe que tudo que não presta é gostoso, vamos ser sinceros? As coisas que não são saudáveis são gostosas, não adianta, são atrativas” (E9)

“Não há uma consciência do que se está fazendo, é muito de ir pelo momento, de querer alcançar um objetivo muito rápido, e não parar para pensar até que ponto isso vai me fazer mal em longo prazo, o jovem ele quer uma coisa muito imediata.” (E10)

Muitos nutricionistas consideraram que a alimentação dos filhos é uma responsabilidade dos pais, logo se o filho tem uma alimentação desregrada é porque foi alvo da **permissividade familiar**, como colocam os entrevistados.

“Se a criança tem uma alimentação ruim durante a infância e adolescência, é sim culpa dos pais, porque são eles que estão comprando para dentro de casa, não são os filhos. Se eles comprassem saudável eles comeriam saudável. ” (E2).

“[...] obviamente que se ele quer comer alguma coisa na rua e vai pegar o dinheiro com os pais obviamente, e vai lá e vai comer, mas se dentro de casa já existe um hábito de alimentação saudável então é aí que começa a educação alimentar [...]”. Vai procurar comer coisas saudáveis na rua desde que, aquilo dentro de casa não seja uma coisa forçada. (E8)

“Eu atendo crianças que a mãe chega pra mim achando que eu que vou botar o filho no lugar, e aí eu tenho que explicar que a minha parte vou fazer, mas em casa o pai a mãe é que compram [...]os filhos acompanham demais a mesma sequência, a mesma rotina dos pais, e aí a gente vê muito filhos de pais diabéticos se tornando também diabéticos, filhos de pais hipertensos se tornando também já com início de pressão alta, com obesidade.” (E10)

Neste tópico de discussão, buscou-se examinar a partir da percepção dos agentes *midstream* como os hábitos alimentares dos jovens poderiam ser melhorados, tem-se acreditado fortemente que essa mudança pode acontecer a partir de uma reeducação alimentar e de uma reestruturação dos hábitos familiares.

“O importante hoje em dia é a reeducação alimentar, uma reeducação e uma orientação nutricional, ela é mais eficaz do que uma dieta no papel, ela é bem mais eficaz, por que você vai saber o que pode e o que não pode.” (E9).

“Algumas pessoas que pegam gosto pela atividade física e em paralelo vão para uma alimentação mais saudável, porque aí ver que uma coisa depende da outra, eu até acho que ultimamente tem se aumentado essa consciência [...] e desmistificar aqui alimentação saudável é muito cara, que não e desmistificar isso, falta muita coisa ainda eu acho.” (E10).

Para que haja uma mudança de comportamento alimentar desejável, é necessário que o indivíduo alvo possa ser informado da maneira correta, estar consciente dos benefícios da adoção de uma vida saudável, para que ele se sinta motivado a fazer essa busca ativa por meio dos programas sociais, ou ainda melhor, mediante prevenção. E passar adiante, compartilhar os benefícios de estar bem com sua saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou que, a partir da discussão dos agentes *upstream* e *midstream*, as principais barreiras para os jovens aderir alimentação saudável é a questão midiática que se faz presente de forma muito efetiva na sociedade em geral, por meio dos canais de massa (redes sociais, televisão), no sentido de induzir ao jovem a ser alvo do consumismo desordenado, e a questão cultural, que por sua vez tem se mostrado multável ao longo dos tempos, um fato relevante observado no comportamento de ambos entrevistados, o que está de acordo com Davison (2001), que aponta como fator ambiental de influência a exposição das mídias e a forma como a rotina dos lares tem se transformado.

Outro indicador que foi considerado como barreira para alimentação saudável foi o fator **tempo**, os resultados apontaram que os indivíduos procuram sempre alimentar-se do que é mais prático e rápido, e a falta de organização do tempo nos tornou reféns dos industrializados, nos tornando parte geração do imediatismo. O estudo mostrou a **fragilidade de apoio** direcionado a essa temática, ressaltando a deficiência da parte de iniciativa do governo, que mesmo diante de um número crescente de Doenças Crônicas Não transmissíveis no mundo, pouco se tem feito para combater estas doenças, desencadeadas principalmente pela alimentação não adequada.

O estudo demonstrou o interesse que os agentes têm em melhorar a alimentação dos jovens, considerando que é necessário investir em **educação e reeducação alimentar** dos jovens, a partir de políticas públicas mais efetivas, viabilizando informação a partir de trabalho Inter setorial e desenvolvendo medidas, ampliando os programas e tornando-os mais didáticos e atrativos para que possa acontecer a adoção e mudança de comportamento desejada. Tendo em vista que os jovens, segundo resultados da pesquisa, podem resistir a adoção da alimentação saudável por falta de informação, ou por informações erradas.

Os resultados mostraram que a **regulação alimentar no Brasil ainda é muito deficiente**, existem raras medidas de regulação, poucas leis, e o investimento ainda é mínimo em políticas públicas e de saúde para o jovem, existem algumas ações direcionada ao público infantil e para os idosos, formando uma lacuna bem no meio, tornando o jovem o público desfavorecido ao mesmo tempo em que segundo alguns relatos dos entrevistados o público que deveria ter uma atenção redobrada,

para que possam se tornar adultos conscientes e consequentemente, idosos que não serão alvos desses programas.

Os entrevistados acreditam fortemente, que os indivíduos podem se tornar mais conscientes a aderir uma alimentação saudável a partir do convívio com pessoas que já possuem o hábito, conhecendo de perto os benefícios para a saúde ao ponto que leva a desmistificar o pensamento que alimentação saudável é ruim e sem sabor, promovendo assim uma reestruturação nos hábitos familiares, em ambientes de trabalho, seja onde for, acredita-se que podemos influenciar mudanças positivas da vida do outro. Inclusive o estudo apontou que os hábitos alimentares inadequados dos jovens sofrem influências da **permissividade familiar**, considerando que são os pais, responsáveis por moldar o paladar dos filhos, para tanto, devem antes de qualquer coisa, ser exemplo daquilo que quer transmitir para o outro.

Um indicador positivo baseado nesses resultados, foi a percepção dos agentes em considerar importante conscientizar a população e trabalhar a **prevenção** de doenças, a partir da adoção de hábitos saudáveis, e investir mais na atenção básica com intuito de diminuir o adoecimento da população a partir da prevenção.

Como implicação prática e teórica, espera-se que esta pesquisa contribua para a geração de ações de marketing social, desenvolvendo políticas públicas em favor de incentivos, campanhas e uma regulação mais efetiva para que os indivíduos possam fazer uso de uma alimentação saudável. Sugere-se aos gestores o desenvolvimento de regulamentos, decretos, leis resultando em bem-estar e qualidade de vida dos adolescentes e da população em geral.

Por fim, destaco que os objetivos foram alcançados, ressalto como limitação da pesquisa a disponibilidade dos secretários de saúde do município que foi bastante restrita. Sugiro ainda para uma análise mais completa, que sejam realizados estudos com essa iniciativa de promoção de saúde pública, agora com agentes *downstream*, para que seja feito um cruzamento de informações dos três níveis – *up- mid e down*.

6 REFERÊNCIAS

- ABARCA-GÓMEZ, Leandra et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128· 9 million children, adolescents, and adults. **The Lancet**, v. 390, n. 10113, p. 2627-2642, 2017.
- ALBERGA, A. S. et al. Overweight and obese teenagers: why is adolescence a critical period?. **Pediatric obesity**, v. 7, n. 4, p. 261-273, 2012.
- ANDREASEN, Alan R. (Ed.). **Social marketing in the 21st century**. Sage, 2006.
- ANDREASEN, Alan R. Rethinking the relationship between social/nonprofit marketing and commercial marketing. **Journal of Public Policy & Marketing**, v. 31, n. 1, p. 36-41, 2012.
- ANDREASEN, Alan R. Social marketing: Its definition and domain. **Journal of public policy & marketing**, p. 108-114, 1994.
- ANDREASEN, Alan R. The life trajectory of social marketing: some implications. **Marketing Theory**, v. 3, n. 3, p. 293-303, 2003.
- ANDREASEN, Alan R. **Marketing social change: Changing behavior to promote health, social development, and the environment**. San Francisco: Jossey-Bass, 1995.
- APAOLAZA, Vanessa et al. Eat organic–Feel good? The relationship between organic food consumption, health concern and subjective wellbeing. **Food Quality and Preference**, v. 63, p. 51-62, 2018.
- ASBRAN. Chile reforça a luta contra obesidade no país. **asbran.org.br**, 2018. Disponível em: <<http://www.asbran.org.br/noticias.php?dsid=1731>>. Acesso em: 02 agosto 2018.
- BAIRD, Marcello Fragano. **O lobby na regulação da propaganda de alimentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária-Anvisa**. 2012. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2007.
- BIRCH, L. L.; VENTURA, A. K. Preventing childhood obesity: what works?. **International journal of obesity**, v. 33, n. S1, p. S74, 2009.
- BIRD, S.; Tapp, A. Social marketing and the meaning of cool: **Social Marketing Quarterly**, V. 14 N. 1, p. 18-28, 2008.
- BLANCHETTE, Lyne; BRUG, Johannes. Determinants of fruit and vegetable consumption among 6–12-year-old children and effective interventions to increase consumption. **Journal of human nutrition and dietetics**, v. 18, n. 6, p. 431-443, 2005.

BLEIL, Susana Inez. O padrão alimentar ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. **Cadernos de Debate**, v. 6, n. 1, p. 1-25, 1998.

BLOCH, Katia Vergetti et al. ERICA: prevalências de hipertensão arterial e obesidade em adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v. 50, n. 1, p. 9s, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil**, 2016: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Anvisa. GGALI. **Relatório Preliminar de Análise de Impacto Regulatório sobre Rotulagem Nutricional**, 2018.

BRASIL. MDS. CAISAN. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. PLANSAN 2016-2019. Brasília, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 2016. acesso em 15 de agosto de 2018.

BRASIL. Projeto de Lei N.º 1.755-B, DE 2007. **Proibição da venda de refrigerantes em escolas de educação básica**, Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm>. Acesso em: 31 Ago. 2018.

BRASIL. Representação da OPAS/OMS no Brasil adota política de alimentação saudável no ambiente de trabalho. paho.org, 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5191:representacao-da-opas-oms-no-brasil-adota-politica-de-alimentacao-saudavel-no-ambiente-de-trabalho&Itemid=820>. Acesso em: 13 agosto 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em 14 de Agosto de 2018.

BRASIL, Ministério da Justiça. Dos Direitos do Consumidor. Lei nº 8 078/90 de 11 de setembro de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm. Acessado em 30 de Agosto de 2018.

BRENNAN, Linda; BINNEY, Wayne. Concepts in conflict: Social marketing and sustainability. **Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing**, v. 20, n. 2, p. 261-281, 2008.

BRENNAN, Linda; PREVITE, Josephine; FRY, Marie-Louise. Social marketing's

consumer myopia: applying a behavioural ecological model to address wicked problems. **Journal of Social Marketing**, v. 6, n. 3, p. 219-239, 2016.

BRONFENBRENNER, Urie. Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. **Developmental psychology**, v. 22, n. 6, p. 723, 1986.

BRONFENBRENNER, Urie. Toward an experimental ecology of human development. **American psychologist**, v. 32, n. 7, p. 513, 1977.

BUYUCEK, Nuray et al. A systematic review of stakeholder involvement in social marketing interventions. **Australasian Marketing Journal (AMJ)**, v. 24, n. 1, p. 8-19, 2016.

CAMPBELL, Amy T. The context for government regulation of obesity around the globe: implications for global policy action. **World Medical & Health Policy**, v. 4, n. 2, p. 1-48, 2012.

CRAWSHAW, Paul. Governing at a distance: Social marketing and the (bio) politics of responsibility. **Social Science & Medicine**, v. 75, n. 1, p. 200-207, 2012.

CROUCH, M.; MCKENZIE, H. The Logic of Small Samples in Interview-Based Qualitative. 2006.

DAVISON, Kirsten K.; BIRCH, Leann L. Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. **Obesity reviews**, v. 2, n. 3, p. 159-171, 2001.

DIBB, Sally. Up, up and away: social marketing breaks free. **Journal of Marketing Management**, v. 30, n. 11-12, p. 1159-1185, 2014.

DIBB, Sally; CARRIGAN, Marylyn. Social marketing transformed: Kotler, Polonsky and Hastings reflect on social marketing in a period of social change. **European Journal of Marketing**, v. 47, n. 9, p. 1376-1398, 2013.

DOMEGAN, Christine T. Social marketing: implications for contemporary marketing practices classification scheme. **Journal of business & industrial marketing**, v. 23, n. 2, p. 135-141, 2008.

DOMEL, Suzanne B. et al. Development and evaluation of a school intervention to increase fruit and vegetable consumption among 4th and 5th grade students. **Journal of Nutrition Education**, v. 25, n. 6, p. 345-349, 2000.

DONOVAN, Robert J. Understanding the social determinants of health. **Social Marketing Quarterly**, v. 6, n. 3, p. 55-57, 2000.

DOOYEMA, Carrie A. et al. The childhood obesity research demonstration project: a comprehensive community approach to reduce childhood obesity. **Childhood Obesity**, v. 9, n. 5, p. 454-459, 2013.

EL PAIS. Dieta colectiva en un municipio gallego para que los vecinos

adelgacen100.000 kilos. **Verne**, 2018. Disponível em: <https://verne.elpais.com/verne/2018/01/26/articulo/1516967980_700169.html>. Acesso em 17 de agosto de 2018.

ELDER, John P. et al. A description of the social–ecological framework used in the trial of activity for adolescent girls (TAAG). **Health education research**, v. 22, n. 2, p. 155-165, 2007.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa-3**. Artmed editora, 2008.
FRENCH, Jeff; BLAIR-STEVENSON, Clive. Improving lives together. **Westminster City Council, London**, 2010.

GBD 2015 OBESITY COLLABORATORS. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. **New England Journal of Medicine**, v. 377, n. 1, p. 13-27, 2017.

GOLDBERG, Marvin E. Social marketing: are we fiddling while Rome burns?. **Journal of Consumer Psychology**, v. 4, n. 4, p. 347-370, 1995.

GORDON, Ross. Critical social marketing: definition, application and domain. **Journal of Social Marketing**, v. 1, n. 2, p. 82-99, 2011.

GORDON, Ross. Re-thinking and re-tooling the social marketing mix. **Australasian Marketing Journal (AMJ)**, v. 20, n. 2, p. 122-126, 2012.

GORDON, Ross. Unlocking the potential of upstream social marketing. **European Journal of Marketing**, v. 47, n. 9, p. 1525-1547, 2013.

GORDON, Ross; GURRIERI, Lauren. Towards a reflexive turn: social marketing assemblages. **Journal of Social Marketing**, v. 4, n. 3, p. 261-278, 2014.

GREGSON, Jennifer et al. System, environmental, and policy changes: using the social-ecological model as a framework for evaluating nutrition education and social marketing programs with low-income audiences. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 33, p. S4-S15, 2001.

HASTINGS, Gerard B.; ELLIOTT, B. Social marketing practice in traffic safety. **Marketing of traffic safety**, v. 3, p. 35-53, 1993.

HASTINGS, Gerard. **Social marketing: Why should the devil have all the best tunes?**. Elsevier, 2007.

HASTINGS, Gerard; DOMEGAN, Christine. **Social marketing**. Routledge, 2013.

HASTINGS, Gerard; SAREN, Michael. The critical contribution of social marketing: theory and application. **Marketing theory**, v. 3, n. 3, p. 305-322, 2003.

HAWKES, Corinna et al. Smart food policies for obesity prevention. **The Lancet**, v. 385, n. 9985, p. 2410-2421, 2015.

HEALTH, United States. **Statistics, National Center for Health**, 2013. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nchs/fastats/obesity-overweight.htm>>. Acesso em: 30 agosto 2018. tabela 64.

HILGER, Jennifer; LOERBROKS, Adrian; DIEHL, Katharina. Eating behaviour of university students in Germany: Dietary intake, barriers to healthy eating and changes in eating behaviour since the time of matriculation. **Appetite**, v. 109, p. 100-107, 2017.

HOEK, Janet; JONES, Sandra C. Regulation, public health and social marketing: a behaviour change trinity. **Journal of Social Marketing**, v. 1, n. 1, p. 32-44, 2011.

KENNEDY, Ann-Marie; PARSONS, Andrew. Macro-social marketing and social engineering: a systems approach. **Journal of Social Marketing**, v. 2, n. 1, p. 37- 51, 2012.

KILBOURNE, William; MCDONAGH, Pierre; PROTHERO, Andrea. Sustainable consumption and the quality of life: A macromarketing challenge to the dominant social paradigm. **Journal of macromarketing**, v. 17, n. 1, p. 4-24, 1997.

KOTLER, Philip. A generic concept of marketing. **The Journal of Marketing**, p. 46-54, 1972.

KOTLER, Philip; LEE, Nancy. **Marketing Social: influenciando comportamentos para o bem**. Bookman Editora, 2011.

KOTLER, Philip; LEVY, Sidney J. Broadening the concept of marketing. **The Journal of Marketing**, p. 10-15, 1969.

KOTLER, Philip; ROBERTO, Eduardo L. Social marketing. Strategies for changing public behavior. 1989.

KOTLER, Philip; ZALTMAN, Gerald. Social marketing: an approach to planned social change. **The Journal of Marketing**, p. 3-12, 1971.

LANGILLE, Jessie-Lee D.; RODGERS, Wendy M. Exploring the influence of a social ecological model on school-based physical activity. **Health education & behavior**, v. 37, n. 6, p. 879-894, 2010.

LEE, Nancy R.; KOTLER, Philip. **Social marketing: Influencing behaviors for good**. SAGE publications, 2011.

LUCA, Nadina R.; HIBBERT, Sally; MCDONALD, Ruth. Towards a service- dominant approach to social marketing. **Marketing Theory**, v. 16, n. 2, p. 194- 218, 2016.

MADRUGA, Samanta Winck et al. Manutenção dos padrões alimentares da infância à adolescência. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 376-386, 2012.

MARTINS, Ana Paula Bortoletto. Publicidade de alimentos não saudáveis: os entraves e as perspectivas de regulação no Brasil. In: **Publicidade de alimentos**

não saudáveis: os entraves e as perspectivas de regulação no Brasil. 2014.

MCKIE, David; TOLEDANO, Margalit. Dangerous liaison or perfect match?: Public relations and social marketing. **Public Relations Review**, v. 34, n. 4, p. 318-324, 2008.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual da História Oral**. 5a. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

MERRIAM, S. **Qualitative research: A guide to design and implemetation**. São Francisco, CA: Jossey-Bass, 2009.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

ONU. Rótulos de alimentos no Brasil devem ser mais claros, defende agência da ONU. **nacoesunidas.org**, 2017. Disponível em: <[https://nacoesunidas.org/rotulos-de-alimentos-no-brasil-devem-ser-mais-Claros-defende-agencia-da-onu/](https://nacoesunidas.org/rotulos-de-alimentos-no-brasil-devem-ser-mais-claros-defende-agencia-da-onu/)>. Acesso em: 08 de agosto de 2018.

PNAE. Programa Nacional de alimentação Escolar. **FNDE**, 2017. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/programas/pnae/pnae-sobre-o-programa/pnae-sobre-o-pnae>> Acesso em: 10 de agosto de 2018.

PNPAS. Alimentação saudável. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, 2018. Disponível em: <<http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/biblioteca/saude-e-doenca-alimentacao-saudavel/>> Acesso em: 22 de Agosto de 2018.

PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa; SILVEIRA, Bruna Maria. Recomendações de ingestão e rotulagem de gordura trans em alimentos industrializados brasileiros: análise de documentos oficiais. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 923-928, 2012.

SEBRAE. Boletim de Inteligência. **bibliotecas.sebrae.com.br**, Outubro 2015. Disponível em: <[http://www.bibliotecas.sebrae.com.br/chronus/ARQUIVOS_CHRONUS/bds/bds.nsf/64ab878c176e5103877bfd3f92a2a68f/\\$File/5791.pdf](http://www.bibliotecas.sebrae.com.br/chronus/ARQUIVOS_CHRONUS/bds/bds.nsf/64ab878c176e5103877bfd3f92a2a68f/$File/5791.pdf)> Acesso em: 22 de Agosto de 2018.

PEATIE, Sue; PEATTIE, Ken. Ready to fly solo? Reducing social marketing's dependence on commercial marketing theory. **Marketing theory**, v. 3, n. 3, p. 365-385, 2003.

SHELLEY, Jacob J. Addressing the policy cacophony does not require more evidence: an argument for reframing obesity as caloric overconsumption. **BMC public health**, v. 12, n. 1, p. 1042, 2012.

SPOTSWOOD, Fiona et al. Some reasonable but uncomfortable questions about social marketing. **Journal of Social Marketing**, v. 2, n. 3, p. 163-175, 2012.

STRINE, Tara W. et al. The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among US community-dwelling

adults. **Journal of community health**, v. 33, n. 1, p. 40-50, 2008.

VAZ, DIANA SOUZA SANTOS; BENNEMANN, ROSE MARI. Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. **Revista UNINGÁ Review**, v. 20, n. 1, 2018.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

VERSTUYF, Joke et al. Motivational dynamics underlying eating regulation in young and adult female dieters: relationships with healthy eating behaviours and disordered eating symptoms. **Psychology & health**, v. 31, n. 6, p. 711-729, 2016.

WALLACK, Lawrence. Public health, social change, and media advocacy. **Social Marketing Quarterly**, v. 8, n. 2, p. 25-31, 2002.

WIEBE, Gerhart D. Merchandising commodities and citizenship on television. **Public Opinion Quarterly**, v. 15, n. 4, p. 679-691, 1951.

WOOD, Matthew. Social marketing for social change. **Social Marketing Quarterly**, v. 22, n. 2, p. 107-118, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation**. World Health Organization, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. 2018.

WORLD HEALTH ORGANISATION. **Fact sheet on healthy diet**, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>> Acesso em 25 de Outubro de 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, SOCIAIS APLICADAS – CCHSA.
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS - DCSA
BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO
ORIENTADORA: STEPHANIE INGRID SOUZA BARBOZA ALUNA: EDILAINE
SAMARA PASCOAL DE OLIVEIRA

ROTEIRO DE ENTREVISTA – TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

Proposição 1 – Debate sobre o consumo alimentar saudável por jovens:

Para construção dos argumentos optou-se por entrevistar agentes que comportam a abordagem *upstream*, a fim de analisar o consumo alimentar e os hábitos que impactam na saúde pública a partir da compreensão dos fatores que influenciam este consumo.

Tema 1: Barreiras para alimentação saudável

1. Em sua opinião quais as dificuldades enfrentadas pelos jovens para aderirem uma alimentação saudável?
2. Como você analisa o nível de apoio dado pelo poder público para alimentação saudável direcionado aos jovens? E como você acha que os jovens vão ter acesso às informações sobre saúde?
3. Explique de que forma você acha que o nível de informação e conhecimento sobre alimentação saudável pode influenciar para a diminuição de hábitos alimentares ruins?

Tema 2: Regulação alimentar

1. Como você avalia as políticas de saúde em torno da alimentação saudável?
2. Como você analisa a regulação alimentar realizada no Brasil?
3. Com o aumento de DCNT, como você avalia a importância da regulação alimentar?
4. Quais as ações do governo municipal para o incentivo de hábitos de alimentação saudáveis?
5. Como agente público, você considera que essas ações em prol da alimentação são efetivas?

Tema 3: Consciência sobre saúde

1. Você acredita que a partir de conversas com pessoas saudáveis, os indivíduos podem tornar-se mais conscientes a tomar decisões de melhorar seu estilo de vida?
2. Como o governo municipal avalia a necessidade de contribuir para uma alimentação saudável entre os jovens?
3. Qual sua opinião sobre a importância da alimentação saudável?
4. Como você analisa as influências midiáticas direcionadas para a alimentação?

APÊNDICES

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, SOCIAIS APLICADAS – CCHSA.
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS – DCSA
BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO
ORIENTADORA: STEPHANIE INGRID SOUZA BARBOZA ALUNA: EDILAINE
SAMARA PASCOAL DE OLIVEIRA

ROTEIRO DE ENTREVISTA – TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

Proposição 1 – Debate sobre o consumo alimentar saudável por jovens:

Para construção dos argumentos optou-se por entrevistar agentes que comportam a abordagem *midstream*, a fim de analisar o consumo alimentar e os hábitos que impactam negativamente na saúde pública a partir da compreensão dos fatores que influenciam este consumo.

Tema 1: Barreiras para alimentação saudável

1. Em sua opinião quais as dificuldades enfrentadas pelos jovens para aderirem uma alimentação saudável?
2. Como você analisa o nível de apoio para alimentação saudável direcionado aos jovens? E como você acha que os jovens vão ter acesso às informações sobre saúde?
3. De que forma você acha que o nível de informação e conhecimento sobre alimentação saudável pode influenciar para a diminuição de hábitos alimentares ruins?

Tema 2: Regulação alimentar

1. Como você avalia as políticas de saúde em torno da alimentação saudável?
2. Como você identifica os principais fatores que influenciam a regulação alimentar?
3. Com o aumento de DCNT, como você avalia a importância da regulamentação alimentar?
4. Quais as ações do governo municipal para o incentivo de hábitos de alimentação saudáveis?
5. Você considera que essas ações são efetivas em prol da alimentação?

Tema 3: Consciência sobre saúde

1. Você acredita que a partir de conversas com pessoas saudáveis, os indivíduos podem tornar-se mais conscientes a tomar decisões de melhorar seu estilo de vida?
2. De acordo com sua experiência, como você julga o comportamento alimentar dos jovens?
3. Você acredita que a permissividade familiar tem influência na alimentação dos filhos?
4. O que pode ser feito para melhorar a alimentação dos mesmos?
5. Como você analisa as influências midiáticas direcionadas para a alimentação?